

Somatizacija i funkcionalni poremećaji: granica između psihičkoga i tjelesnoga

Somatization and Functional Disorders: The Cross Between Psychological and Physical

DUŠKA KRNIĆ

Klinika za psihijatriju, KBC Split

SAŽETAK _____ Somatizacija i funkcionalni poremećaji predstavljaju čest, ali i nedovoljno jasno definiran klinički problem koji se nalazi na granici psihijatrije i somatske medicine. U svakodnevnoj kliničkoj praksi riječ je o bolesnicima koji imaju tjelesne simptome, za njih stvarne i opterećujuće, ali istodobno ne nalaze objašnjenje u klasičnome biomedicinskom modelu. DSM-5 klasifikacija redefinirala je ranije somatoformne poremećaje kroz poremećaj sa somatskim simptomima (engl. *Somatic Symptom Disorder*, SSD). Naglasak je stavljen na psihološki odgovor bolesnika na simptome, a ne na pitanja postojanja organskog objašnjenja. S druge strane, funkcionalni se poremećaji sve više razumijevaju kao poremećaji regulacije tjelesnih funkcija, a ne kao odsutnost bolesti. Suvremeni pristupi naglašavaju zajedničke neurobiološke i psihološke mehanizme te potrebu integriranoga biopsihosocijalnog modela. Terapijski pristup temelji se na kontinuiranome terapijskom odnosu, psihoterapiji i racionalnoj farmakoterapiji. Buduća istraživanja usmjerena su na bolje razumijevanje neurobioloških mehanizama, razvoj biomarkera te razvoj personaliziranih terapijskih pristupa.

KLJUČNE RIJEČI: somatizacija, poremećaj sa somatskim simptomima, funkcionalni poremećaji, biopsihosocijalni model, psihijatrija

SUMMARY _____ Somatization and functional disorders make up a frequent but obtruse clinical problem that lies on the border between psychiatry and somatic medicine. In everyday clinical practice, it involves patients who suffer from valid and burdensome physical symptoms, which at the same time cannot be defined in a classic biomedical model. The DSM-5 classification redefined earlier somatoform disorders as Somatic Symptom Disorder (SSD), highlighting the patient's psychological response to symptoms, rather than on the existence of an organic explanation. Functional disorders, conversely, are increasingly seen as disorders of the regulation of bodily functions and not the absence of disease. Contemporary methods emphasize shared neurobiological and psychological mechanisms and the need for an integrated biopsychosocial model. The therapeutic approach is based on an unremitting therapeutic method, psychotherapy, and rational pharmacotherapy. Future research is concerned with better understanding neurobiological mechanisms, development of biomarkers, and development of personalized therapeutic approaches.

KEYWORDS: somatization, Somatic Symptom Disorder, functional disorders, biopsychosocial model, psychiatry



Uvod

U svakodnevnoj kliničkoj praksi liječnici se često susreću s bolesnicima kod kojih su tjelesni simptomi dominantan razlog traženja medicinske pomoći, a značajan dio tih simptoma ostaje nedovoljno objašnjen somatskom patologijom te je često povezan sa psihološkim čimbenicima (1,2). Upravo ova skupina bolesnika često predstavlja značajan dijagnostički i komunikacijski izazov u kliničkoj praksi. Engel je još 1977. upozorio da biomedicinski model nije dovoljan za razumijevanje složenosti bolesti jer zanemaruje psihološke i socijalne dimenzije te predložio biopsihosocijalni model prema kojem bolest nastaje kao

rezultat interakcije bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika (3). Somatizacija se definira kao sklonost izražavanja psihološkog distresa kroz tjelesne simptome uz sklonost traženja medicinske pomoći (4). Takvi simptomi predstavljaju istinsko iskustvo bolesnika i nisu rezultat svjesne produkcije simptoma (4,5). Funkcionalni poremećaji danas se sve češće promatraju kao poremećaji regulacije tjelesnih funkcija koji proizlaze iz složene interakcije bioloških, psiholoških i socijalnih mehanizama (2,6).

Povijest dijagnostičkoga koncepta

Klasifikacija ovih poremećaja značajno se promijenila tije-

kom posljednjih desetljeća. Raniji modeli temeljili su se na medicinski neobjašnjenim simptomima, što je često vodilo dugotrajnim dijagnostičkim postupcima i kliničkim dilemama (7,8). DSM-5 donosi važnu promjenu jer naglasak stavlja na psihološki odgovor bolesnika na simptome, a ne na pitanje njihove etiologije (5,9). ICD-11 uvodi sličan koncept kroz kategoriju *Bodily Distress Disorder* naglašavajući perzistentne tjelesne simptome, pretjeranu usmjerenost na simptome i funkcionalno oštećenje (10).

Poremećaj sa somatskim simptomima

Poremećaj sa somatskim simptomima (engl. *Somatic Symptom Disorder*, SSD) karakteriziran je prisutnošću jednog ili više somatskih simptoma uz izražen psihološki odgovor na simptome (5). Klinički se često radi o bolesnicima s perzistentnim somatskim simptomima, čestim zdravstvenim konzultacijama i izraženom zabrinutošću za zdravlje (7,11). Veći broj somatskih simptoma povezan je s većom vjerojatnošću depresije, anksioznosti i funkcionalnog oštećenja, neovisno o organskoj etiologiji simptoma (12,13). Neurobiološka istraživanja ukazuju na promjene u mrežama uključenima u obradu tjelesnih signala i emocionalnu regulaciju, a ove promjene mogu pridonijeti povećanoj osjetljivosti na tjelesne senzacije i njihovoj interpretaciji kao prijetećih (14,15).

Bolesnici koji imaju poremećaj sa somatskim simptomima često traže medicinsku pomoć zbog perzistentnih tjelesnih simptoma, što može dovesti do opsežnih dijagnostičkih obrada ako se ne prepozna psihološka komponenta simptoma (16). U takvim slučajevima, jedan od najvažnijih terapijskih koraka je uspostavljanje stabilnog i kontinuiranog odnosa između liječnika i bolesnika, uz jasno dogovorene kontrolne preglede koji mogu smanjiti potrebu za dodatnim pretragama (16). Kognitivno-bihevioralna terapija danas se smatra terapijom s najviše dokaza o učinkovitosti jer može pomoći bolesnicima da drugačije razumiju i interpretiraju svoje simptome te razviju učinkovitije metode suočavanja (17,18). Farmakoterapija ima svoje mjesto osobito kod bolesnika s komorbidnom depresijom ili anksioznošću, a antidepresivi mogu smanjiti i somatske simptome neovisno o učinku na raspoloženje (19).

Funkcionalni poremećaji

Funkcionalni poremećaji danas se sve manje promatraju kao dijagnoze isključenja, a sve više kao poremećaji regulacije funkcije živčanog sustava. Simptomi nastaju zbog promjena u načinu obrade tjelesnih signala, a ne zbog strukturne bolesti (20). Takav pristup bliži je kliničkoj praksi jer omogućuje liječnicima da postave dijagnozu na temelju pozitivnih kliničkih obilježja, a ne samo nakon opsežne dijagnostičke obrade. Klinička prezentacija funkcionalnih poremećaja

može biti vrlo raznolika i uključivati motoričke simptome poput slabosti ili tremora, senzorne simptome poput parestezija te funkcionalne napadaje ili poremećaje hoda (20). Osim organski specifičnih simptoma, bolesnici se često žale na kroničnu bol, umor, vrtoglavicu i gastrointestinalne smetnje, što podupire koncept funkcionalnih poremećaja kao multisistemskih stanja s preklapajućom simptomatologijom (2,6). Neurobiološka istraživanja dodatno su pridonijela razumijevanju ovih poremećaja pokazujući kako promjene u središnjoj obradi boli i tjelesnih senzacija, uključujući mehanizme centralne senzitivizacije, mogu objasniti perzistenciju simptoma i povećanu osjetljivost bolesnika na tjelesne podražaje (21). Istodobno, sve je jasnije da na razvoj i održavanje simptoma utječu i psihološki čimbenici poput očekivanja bolesti, prethodnih iskustava i razine zdravstvene zabrinutosti (22). Važan element liječenja funkcionalnih poremećaja predstavlja način na koji se bolesniku objašnjava priroda poremećaja. Pokazano je da bolesnici bolje prihvataju objašnjenja koja povezuju tjelesne i psihološke mehanizme nego ona koja simptome svode isključivo na psihološke uzroke (23). U terapijskom smislu često je presudna upravo kvaliteta odnosa između liječnika i bolesnika. Jasno objašnjenje dijagnoze, kontinuitet skrbi i strukturirani terapijski pristup mogu smanjiti zdravstvenu anksioznost i potrebu za dodatnim dijagnostičkim postupcima (22). Multidisciplinarni pristup koji uključuje psihoterapiju, rehabilitacijske intervencije i liječenje komorbidnih poremećaja danas se smatra najučinkovitijim modelom liječenja ovih bolesnika.

Odnos poremećaja sa somatskim simptomima i funkcionalnih poremećaja

Poremećaj sa somatskim simptomima i funkcionalni poremećaji često se preklapaju, ali opisuju različite dimenzije istoga kliničkog problema. SSD naglašava psihološki odgovor na simptome, dok funkcionalni poremećaji naglašavaju poremećaj regulacije tjelesnih funkcija (2,15). U kliničkoj praksi granica između ovih kategorija često je fluidna. Bolesnik s funkcionalnim poremećajem može razviti SSD ako razvije izraženu zdravstvenu zabrinutost, dok bolesnik sa SSD-om može imati simptome koji nalikuju funkcionalnom poremećaju. Još uvijek postoji rasprava predstavljaju li SSD i funkcionalni poremećaji odvojene entitete ili su dio šireg spektra funkcionalnih somatskih poremećaja (2,6). Iz kliničke perspektive možda je najkorisnije promatrati ove poremećaje kao komplementarne dijagnostičke perspektive koje zajedno omogućuju cjelovitije razumijevanje bolesnika (tablica 1.).

Diferencijalna dijagnoza

Diferencijalna dijagnoza uključuje depresiju, anksiozne poremećaje, fakticijske poremećaje, simulaciju i somatske

TABLICA 1. Usporedba poremećaja sa somatskim simptomima (SSD) i funkcionalnih poremećaja

KARAKTERISTIKA	POREMEĆAJ SA SOMATSKIM SIMPTOMIMA (SSD)	FUNKCIONALNI POREMEĆAJI
Osnovni koncept	naglasak na psihološkom odgovoru na somatske simptome	naglasak na poremećaju regulacije tjelesnih funkcija
Dijagnostički kriteriji	DSM-5 kriteriji (pretjerane misli, zabrinutost ili ponašanja vezana uz simptome)	dijagnoza na temelju pozitivnih kliničkih znakova i tipične kliničke prezentacije
Uloga organske bolesti	može biti prisutna, ali nije nužna za dijagnozu	može biti prisutna i ne isključuje funkcionalni mehanizam
Patofiziološki mehanizmi	povećana zdravstvena zabrinutost i promijenjena percepcija simptoma	poremećena obrada tjelesnih signala i promjene funkcionalnih moždanih mreža
Klinička prezentacija	višestruki somatski simptomi uz izraženu zabrinutost za zdravlje	neurološki ili somatski simptomi bez jasne strukturne patologije
Tipični simptomi	bol, umor, gastrointestinalne smetnje	slabost, tremor, funkcionalni napadaji, kronična bol, vrtoglavica
Terapijski fokus	psihološki odgovor na simptome i razvoj adaptivnih strategija suočavanja	edukacija o funkcionalnoj prirodi simptoma i rehabilitacija
Terapijski pristup	kognitivno-bihevioralna terapija i liječenje komorbiditeta	multidisciplinarni pristup (psihoterapija, fizikalna terapija, edukacija)
Prognoza	ovisi o psihološkim čimbenicima i terapijskoj suradnji	ovisi o ranom prepoznavanju i kvaliteti terapijskog pristupa

Prilagođeno prema ref. 24, 25, 26, 27

bolesti (5). Važno je naglasiti da SSD može biti dijagnosticiran i kod bolesnika s organskom bolešću ako je psihološki odgovor disproporcionalan kliničkom nalazu (8,28). Poseban dijagnostički izazov predstavlja razlikovanje SSD-a od depresivnih poremećaja s obzirom na to da se depresija često prezentira dominantno kroz tjelesne simptome poput umora, boli i poremećaja spavanja (28,29). Važno je razlikovati i fakticijske poremećaje te simulaciju, kod kojih postoji svjesna produkcija simptoma, za razliku od somatizacije kod koje su simptomi nevoljni i predstavlja ju autentično iskustvo bolesnika (4,29). Također je važno naglasiti da funkcionalni poremećaji mogu koegzistirati sa somatskim bolestima te da postojanje organske patologije ne isključuje funkcionalni mehanizam simptoma (2).

Budući smjerovi istraživanja

Daljnja istraživanja usmjerena su na bolje razumijevanje neurobioloških mehanizama funkcionalnih poremećaja i identifikaciju potencijalnih biomarkera koji bi mogli olakšati dijagnostički proces (14,20). Posebno se istražuju promjene u funkcionalnoj povezanosti moždanih mreža uključenih u obradu emocija i tjelesnih signala. Razvoj individualiziranih terapijskih pristupa predstavlja važan budući smjer jer bi mogao omogućiti bolje prepoznavanje bolesnika koji će imati koristi od specifičnih terapijskih intervencija (18). Integracija neurobioloških i psiholoških modela mo-

gla bi dovesti do preciznijih terapijskih strategija. Posebno obećavajuće područje predstavlja istraživanje uloge stresnih mehanizama, autonomnoga živčanog sustava i neuroimunoloških procesa u nastanku funkcionalnih simptoma (2). U budućnosti se očekuje i daljnji razvoj integrativnih modela koji povezuju psihijatriju, neurologiju i internu medicinu u razumijevanju poremećaja interakcije mozga i tijela (6).

Zaključak

Somatizacija i funkcionalni poremećaji predstavljaju složena stanja koja zahtijevaju integrirani biopsihosocijalni pristup. Napuštanje redukcionističkog modela i prihvaćanje modela interakcije mozga i tijela predstavlja ključni korak u razumijevanju ovih poremećaja (2,3). Uspješno liječenje ovih bolesnika često ovisi o kvaliteti terapijskog odnosa, kontinuitetu skrbi i razumijevanju složene prirode simptoma (2,16). Posebno je važno razviti jasan i dosljedan terapijski plan koji smanjuje potrebu za ponavljanjem dijagnostičkim postupcima i omogućuje bolje funkcionalne ishode. Kliničko iskustvo i dostupni dokazi ukazuju da strukturirani pristup koji uključuje redovite kontrole, edukaciju bolesnika i realistične terapijske ciljeve može značajno poboljšati kvalitetu života ovih bolesnika (16). Upravo zbog toga naglasak liječenja treba biti usmjeren na poboljšanje funkcioniranja i prilagodbe bolesti, a ne isključivo na potpuno uklanjanje simptoma (2).

LITERATURA

1. Kroenke K. Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric comorbidity and management. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2003;12(1):34-43. doi: 10.1002/mpr.140.
2. Henningsen P, Zipfel S, Sattel H, Creed F. Management of Functional Somatic Syndromes and Bodily Distress. *Psychother Psychosom.* 2018;87(1):12-31. doi: 10.1159/000484413.
3. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science.* 1977 Apr 8;196(4286):129-36. doi: 10.1126/science.847460.
4. Lipowski ZJ. Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry.* 1988 Nov;145(11):1358-68. doi: 10.1176/ajp.145.11.1358.
5. Baker KG. Evaluation of DSM-5 and IWG-2 criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease and dementia with Lewy bodies. *Diagnosis (Berl).* 2016 Mar 1;3(1):9-12. doi: 10.1515/dx-2015-0031.
6. Burton C, Fink P, Henningsen P, Löwe B, Rief W; EURONET-SOMA Group. Functional somatic disorders: discussion paper for a new common classification for research and clinical use. *BMC Med.* 2020 Mar 3;18(1):34. doi: 10.1186/s12916-020-1505-4.
7. Olde Hartman TC, Woutersen-Koch H, Van der Horst HE. Medically unexplained symptoms: evidence, guidelines, and beyond. *Br J Gen Pract.* 2013 Dec;63(617):625-6. doi: 10.3399/bjgp13X675241.
8. Dimsdale JE, Creed F, Escobar J, Sharpe M, Wulsin L, Barsky A i sur. Somatic symptom disorder: an important change in DSM. *J Psychosom Res.* 2013 Sep;75(3):223-8. doi: 10.1016/j.jpsychores.2013.06.033.
9. Rief W, Martin A. How to use the new DSM-5 somatic symptom disorder diagnosis in research and practice: a critical evaluation and a proposal for modifications. *Annu Rev Clin Psychol.* 2014;10:339-67. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153745.
10. Reed GM, First MB, Kogan CS, Hyman SE, Gureje O, Gaebel W i sur. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry.* 2019 Feb;18(1):3-19. doi: 10.1002/wps.20611.
11. Löwe B, Levenson J, Depping M, Hüsing P, Kohlmann S, Lehmann M i sur. Somatic symptom disorder: a scoping review on the empirical evidence of a new diagnosis. *Psychol Med.* 2022 Mar;52(4):632-648. doi: 10.1017/S0033291721004177.
12. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Linzer M, Hahn SR, deGruy FV 3rd i sur. Physical symptoms in primary care. Predictors of psychiatric disorders and functional impairment. *Arch Fam Med.* 1994 Sep;3(9):774-9. doi: 10.1001/archfami.3.9.774.
13. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosom Med.* 2002 Mar-Apr;64(2):258-66. doi: 10.1097/00006842-200203000-00008.
14. Edwards MJ, Adams RA, Brown H, Pareés I, Friston KJ. A Bayesian account of 'hysteria'. *Brain.* 2012 Nov;135(Pt 11):3495-512. doi: 10.1093/brain/aww129.
15. Van den Bergh O, Witthöft M, Petersen S, Brown RJ. Symptoms and the body: Taking the inferential leap. *Neurosci Biobehav Rev.* 2017 Mar;74(Pt A):185-203. doi: 10.1016/j.neubiorev.2017.01.015.
16. Smith RC, Lein C, Collins C, Lyles JS, Given B, Dwamena FC i sur. Treating patients with medically unexplained symptoms in primary care. *J Gen Intern Med.* 2003 Jun;18(6):478-89. doi: 10.1046/j.1525-1497.2003.20815.x.
17. Escobar JI, Gara MA, Diaz-Martinez AM, Interian A, Warman M, Allen LA i sur. Effectiveness of a time-limited cognitive behavior therapy type intervention among primary care patients with medically unexplained symptoms. *Ann Fam Med.* 2007 Jul-Aug;5(4):328-35. doi: 10.1370/afm.702.
18. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognit Ther Res.* 2012 Oct 1;36(5):427-440. doi: 10.1007/s10608-012-9476-1.
19. O'Malley PG, Jackson JL, Santoro J, Tomkins G, Balden E, Kroenke K. Antidepressant therapy for unexplained symptoms and symptom syndromes. *J Fam Pract.* 1999 Dec;48(12):980-90.
20. Stone J, Carson A. Functional neurologic disorders. *Continuum (Minneapolis Minn).* 2015 Jun;21(3 Behavioral Neurology and Neuropsychiatry):818-37. doi: 10.1212/01.CON.0000466669.02477.45.
21. Woolf CJ. Central sensitization: implications for the diagnosis and

- treatment of pain. *Pain*. 2011 Mar;152(3 Suppl):S2-S15. doi: 10.1016/j.pain.2010.09.030.
22. Stone J, Carson A, Sharpe M. Functional symptoms in neurology: management. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2005 Mar;76 Suppl 1(Suppl 1):i13-21. doi: 10.1136/jnnp.2004.061663.
23. Salmon P, Peters S, Stanley I. Patients' perceptions of medical explanations for somatisation disorders: qualitative analysis. *BMJ*. 1999 Feb 6;318(7180):372-6. doi: 10.1136/bmj.318.7180.372.
24. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Arlington (VA): American Psychiatric Publishing; 2013.
25. Henningsen P, Zipfel S, Sattel H, Creed F. Management of Functional Somatic Syndromes and Bodily Distress. *Psychother Psychosom*. 2018;87(1):12-31. doi: 10.1159/000484413.
26. Stone J, Carson A. Functional neurologic disorders. *Continuum (Minneapolis, Minn)*. 2015 Jun;21(3 Behavioral Neurology and Neuropsychiatry):818-37. doi: 10.1212/01.CON.0000466669.02477.45.
27. Burton C, Fink P, Henningsen P, Löwe B, Rief W; EURONET-SOMA Group. Functional somatic disorders: discussion paper for a new common classification for research and clinical use. *BMC Med*. 2020 Mar 3;18(1):34. doi: 10.1186/s12916-020-1505-4.
28. Katon W, Russo J. Somatic symptoms and depression. *J Fam Pract*. 1989 Jul;29(1):65-9.
29. Begić D. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2013.

**ADRESA ZA DOPISIVANJE:**

Duška Krnić, dr. med.
Klinika za psihijatriju, KBC Split
Spinčićeva 1, 21 000 Split
e-mail: krnic.duska@gmail.com

PRIMLJENO/RECEIVED:

8. travnja 2026./April 8, 2026

PRIHVAĆENO/ACCEPTED:

12. travnja 2026./April 12, 2026

