

**Agnieszka Kulik, Aleksandra Smotrycka**

Katedra Psychoterapii i Psychologii Zdrowia KUL

---

# Zespoły medycznie niewyjaśniane – poszukiwanie wspólnych uwarunkowań na przykładzie PMS i CFS

## Medically unexplained syndromes – looking for common reasons on the example of PMS and CFS

---

### STRESZCZENIE

Według literatury przedmiotu, około 15% pacjentów lekarzy pierwszego kontaktu i około 50% pacjentów chorych przewlekłe doświadcza uporczywych objawów fizycznych, które nie mają uzasadnienia medycznego, są często związane z wysokim poziomem dystresu, ograniczoną sprawnością, zużyciem zasobów zdrowia. Każdy zespół objawów ma właściwe dla siebie cechy diagnostyczne i definicję operacyjną. Obserwuje się zjawisko współwystępowania syndromów. Ok. 96% pacjentów ma równocześnie kilka diagnoz różnych syndromów. Jedną z hipotez wyjaśniających jest założenie o istnieniu jednego wspólnego latentnego czynnika. Weryfikacji tego założenia dokonano w oparciu o badania nad zespołem napięcia przedmiesiączkowego (PMS) i przewlekłego zmęczenia (CFS).

Celem prezentowanych badań jest określenie związków między wybranymi zespołami objawów oraz ich uwarunkowań w paradygmacie biopsychospołecznym. 149 kobiet w wieku 18–27 przebadano następującymi kwestionariuszami: PSST (zespół napięcia przedmiesiączkowego), CFSQ (przewlekłe zmęczenie), NEO-FFI (osobowość), PTS (temperament), TPI (emocje negatywne), KAS (aprobata społeczna).

Przyjęty model zmiennych wyjaśnia: 1. w PMS 28,4% zmienności wyników, przy czym najistotniejsze są: neurotyczność ( $\beta=0,300$ ) i emocje negatywne ( $\beta=0,270$ ); 2. w CFS 55% zmienności wyników, przy czym najistotniejsze są: emocje negatywne ( $\beta=0,398$ ) i neurotyczność ( $\beta=0,394$ ). Wśród uwarunkowań biopsychospołecznych najistotniejsze znaczenia ma nasilenie neurotyczności i negatywna emocjonalność.

**Słowa kluczowe:** objawy medycznie niewyjaśniane, kobieta, neurotyczność, negatywna emocjonalność.

---

#### Adres do korespondencji:

dr hab. Agnieszka Kulik, Katedra Psychoterapii i Psychologii Zdrowia KUL,  
Al. Raławickie 14, 20-950 Lublin, e-mail: akulik@kul.pl

## ABSTRACT

According to literature, approximately 15% of general practice doctor's patients and 50% of patients with chronic disease experience persistent physical symptoms, which do not have medical reasons. That symptoms are often associated with high levels of distress, limited efficiency and consumption of health resources. Each set of symptoms has particular diagnostic features and own operational definition. However, there is a phenomenon of combination of different syndromes. Approximately 96% of patients have several concurrent diagnoses of different syndromes at the same time. One of the explicative hypotheses is the premise that there is a latent factor common for all medically unexplained syndromes. The verification of the assumption about latent factor was based on studies of premenstrual syndrome (PMS) and chronic fatigue (CFS).

The aim of this study is to determine the relationship between selected sets of symptoms and their conditions in the biopsychosocial paradigm. 149 young women (aged 18–27 years) were examined following questionnaires: PSST (premenstrual syndrome), CFSQ (chronic fatigue), NEO-FFI (personality), PTS (temperament), TPI (negative emotions), KAS (social approval).

The adopted model explaining variables: 1. the PMS 28,4% of the variability of results, the most important are: neuroticism ( $\beta=0,300$ ) and negative emotions ( $\beta=0,270$ ); 2. in CFS 55% of the variability of results, the most important are: negative emotions ( $\beta=0,398$ ) and neuroticism ( $\beta=0,394$ ). Among biopsychosocial determinants the most important is the severity of neuroticism and negative emotionality.

**Keywords:** medically unexplained symptoms, woman, neuroticism, negative emotionality.

## Wprowadzenie

Zespoły medycznie niewyjaśniane (aktualna nazwa: *somatic symptom disorder* – DSM 5) to objawy, które nie mają uzasadnienia medycznego, lecz często wiążą się z wysokim poziomem dystresu, ograniczoną sprawnością oraz zużyciem zasobów zdrowia. Są źródłem cierpienia i frustracji dla pacjentów, a także stanowią duże wyzwanie dla lekarzy różnych specjalności oraz psychologów.

Charakterystyczne dla zespołów medycznie niewyjaśnianych jest występowanie skarg somatycznych, sugerujących poważną chorobę. Badania diagnostyczne nie potwierdzają jednak obecności stanu patologicznego lub też nasilenie tych objawów jest nieadekwatne do rzeczywistego procesu chorobowego. W efekcie – pacjenci cierpiący z powodu tego typu zespołów uporczywie domagają się kolejnych badań diagnostycznych, nadmiernie koncentrują się na zdrowiu, tracą kontrolę nad objawami somatycznymi oraz doświad-

czają wielu napięć i konfliktów ról, np. między rolą chorego a zapewnianiu sobie opieki (Creed, Henningsen i Fink, 2011; Wright, Stern, Phelan, 2008).

Przy diagnozowaniu zespołów medycznie niewyjaśnianych bierze się pod uwagę następujące charakterystyki: 1) występowanie przynajmniej jednego symptomu somatycznego, który można uznać za niepokojący lub znacząco zakłócający codzienne życie, 2) występowanie nadmiernych myśli, uczuć oraz zachowań dotyczących syndromu lub służby zdrowia, 3) występujące syndromy muszą być chroniczne. Diagnoza musi uwzględniać także czynniki kulturowe (Fritzsche i in., 2011; APA, 2013).

Zespoły symptomów medycznie niewyjaśnianych można podzielić na trzy kategorie: 1) zmęczeniowo-bólowy (m.in. zespół jelita drażliwego, dysfunkcja stawu żuchwowo-skroniowego, nietypowy ból twarzy, chroniczny ból miednicy, napięciowy ból głowy, fibromialgia, zespół chronicznego zmę-

czenia, niestrawność), 2) sercowo-oddechowy (m.in. hiperwentylacja, niekardiologiczny ból w klatce piersiowej), 3) inne (m.in. zespół wrażliwości na substancje chemiczne, gałka histeryczna, zespół napięcia przedmiesiączkowego) (Nimnuan i in., 2001).

Diagnostyka zespołów medycznie niewyjaśnianych jest niezwykle trudna, ponieważ pacjenci posiadający jeden zespół często narzekają na objawy typowe dla innych syndromów (Nimnuan i in., 2001). Obserwuje się zjawisko współwystępowania syndromów – około 96% pacjentów ma równocześnie kilka diagnoz różnych syndromów (Fink, 1992). Syndromy te nie dają się wyjaśnić przez określony podstawowy mechanizm patofizjologiczny, stąd proponowane są różne złożone modele, np. model zaburzeń immunologicznych, model poznawczo-behawioralny (Kulik, 2010). Jedną z hipotez wyjaśniających taki stan rzeczy jest także założenie o istnieniu jednego wspólnego latentnego czynnika (Robbins i in., 1997; Deary, 1999).

Skoro na gruncie medycznym istnieją hipotezy o wspólnym czynniku uruchamiającym procesy związane z zespołami objawów medycznie niewyjaśnianych, to czy można także na gruncie psychologii wskazać istnienie czynników wspólnych? Celem prezentowanych badań jest właśnie poszukiwanie wspólnych uwarunkowań psychologicznych dla zespołów objawów medycznie niewyjaśnianych. Analizy oparte są na danych o dwóch zespołach, występujących najczęściej u młodych kobiet: zespół napięcia przedmiesiączkowego i zespół przewlekłego zmęczenia.

Zespół napięcia przedmiesiączkowego (*premenstrual syndrome*, PMS) to grupa uciążliwych objawów psychicznych, somatycznych oraz behawioralnych pojawiających się regularnie w drugiej fazie cyklu miesięczkowego. Objawy są bardzo różnorodne, a ich występowanie zaburza aktywność życiową kobiety. Głównie występujące symptomy to: drażliwość, nerwowość, zmienność nastroju, spadek libido, a także bóle i zawroty głowy, bóle brzucha oraz napięcie i tkliwość piersi (Bręborowicz, 2010). PMS dotyczy kobiet w wieku re-

produkcyjnym, mających cykle owulacyjne (Krawczyk, Rudnicka-Drożak, 2011).

Według Amerykańskiego Towarzystwa Położników i Ginekologów (AOCG), zespół napięcia przedmiesiączkowego może zostać zdiagnozowany, gdy występuje jeden lub więcej objawów psychicznych (depresja, wybuchy złości, drażliwość, niepokój, zmieszanie, wycofanie społeczne) lub fizycznych (tkliwość piersi, wzdęcia, ból głowy, obrzęki kończyn) w okresie od 5 dni przed krwawieniem miesięcznym i ustępuje do 4 dni po wystąpieniu miesiączki. Objawy nie pojawiają się w fazie folikularnej cyklu miesięczkowego. Ważne jest również natężenie dolegliwości – objawy występują w średnim lub ciężkim stopniu, co upośledza społeczne i rodzinne funkcjonowanie kobiety oraz powoduje znaczny dyskomfort fizyczny i/lub psychiczny, na tyle silny, żeby szukać pomocy u specjalisty. Symptomy pojawiają się w większości cykli miesięczkowych i muszą zostać potwierdzone poprzez obserwacje przez minimum dwa miesiące. Istotne jest także wykluczenie przypadku, gdy objawy są wynikiem zaostrzenia istniejących zaburzeń psychicznych lub innych chorób (Cirillo, Freitas, Bevilacqua, López, Nardi, 2012; Olajossy, Gerhant, 2011). Kryteria diagnostyczne zespołu przedmiesiączkowego wg ICD-10 (N94.3) zakładają wystąpienie przynajmniej jednego z objawów fizycznych lub emocjonalnych w drugiej połowie cyklu miesięczkowego (Freyberger, Schneider, Dtieglitz, 2014; Olajossy, Gerhant, 2011).

Etiologia zespołu napięcia przedmiesiączkowego (PMS) i przedmiesiączkowych zaburzeń dysforycznych (PMDD) pomimo wielu badań wciąż nie jest znana. Wskazuje się na rolę cyklicznej aktywności jajników i na związane z tym wahania stężeń żeńskich hormonów płciowych (Krawczyk, Rudnicka-Drożak, 2011; Olajossy, Gerhant, 2011), wpływ estradiolu i progesteronu na układy neuroprzebieżników centralnego układu nerwowego: serotoniny i kwasu gamma aminomasłowego (GABA) (Robinson, Ismail, 2015; Krawczyk, Rudnicka-Drożak, 2011; Olajossy, Gerhant, 2011), poziom mikroelementów w organizmie – sodu, magne-

zu, wapnia, a także niektórych witamin (Kia, Amani, Cheraghian, 2015; Santos, Azeredo, Sá, 2013). Przyczyn nieregularnego i bolesnego miesiączkowania szuka się także w czynnikach psychicznych, takich jak: uraz emocjonalny, stres sytuacyjny czy wyraz konfliktowych przeżyć w stosunku do życia płciowego i roli kobiety w życiu (Tylka, 2000), a zmiany nastroju w okresie przedmiesiączkowym mają związek z etykietowaniem i interpretowaniem (Ninven, Carroll, 2013) lub uczeniem społecznym w kulturze zachodniej (Uriel, 2006).

Zespół przewlekłego zmęczenia (*chronic fatigue syndrome*, CFS) to zespół objawów, w których naczelnym miejscem zajmuje zmęczenie trwające powyżej 6 miesięcy, charakteryzujące się poczuciem wyczerpania, zmniejszoną aktywnością dzienną i potrzebą częstych odpoczynków, porannym zmęczeniem i złym samopoczuciem. Ciągłemu brakowi sił i energii towarzyszy obniżony nastrój, skłonność do irytacji, napięcie nerwowe oraz trudności w kontroli emocji i pobudzenia. Oprócz objawów emocjonalnych można zauważyć symptomy w sferze poznawczej, tj. trudności w koncentracji, a także różne symptomy fizjologiczne (Carruthers i in., 2003; Kulik, 2010). W populacji dorosłych zmęczenie przewlekłe dotyka 15,6% do 30,4% (Chou, 2013; Kulik, 2010), a częstość diagnozy zespołu przewlekłego zmęczenia waha się w granicach 2,1/100 000 – 560/100 000 (w zależności od przyjętych kryteriów) (Kulik, 2010).

Nie ma jednej obowiązującej definicji zespołu przewlekłego zmęczenia. W literaturze funkcjonują kryteria Centre for Disease Control (CDC), australijskie, oksfordzkie, szwedzkie, brytyjskie (The UK Patient Organisations London) i kanadyjskie (Kulik, 2010; 2013). W klasyfikacji ICD-10 występuje w kategorii zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i pod postacią somatyczną (F.45), a także jako zaburzenie neurotyczne niespecyficzne (F.48.9) czy powirusowe (G.93.3) oraz chroniczne zmęczenie nieokreślone gdzie indziej (R.53.82) (Kulik, 2013). W praktyce do jego diagnozy konieczne jest stwierdzenie jednoczesnego występowania następujących objawów: 1) przemęczenie,

którego początek jest możliwy do określenia w czasie, trwające co najmniej pół roku, nasilające się po wysiłku, wiążące się z utratą żywotności fizycznej i psychicznej, szybką męczliwością i wydłużoną potrzebą odpoczynku; 2) objawy ze strony układów: kostno-mięśniowego, autonomicznego, neuroendokrynnego i immunologicznego; 3) objawy neuropoznawcze i zaburzenia snu; 4) zmniejszenie poziomu codziennej aktywności poniżej 50% stanu przedchorobowego (Carruthers i in., 2003). W diagnozie należy wyeliminować sytuacje, w których zmęczenie jest wynikiem choroby somatycznej lub psychicznej.

W etiologii wskazuje się na rolę czynników biologicznych (m.in. wirusowe, immunologiczne, neuroendokrynnne, neuroanatomiczne, neuromięśniowe, biochemiczne, zaburzenia autonomicznego układu nerwowego), psychicznych (m.in. zaburzenia psychiczne, czynniki psychologiczne), społecznych i środowiskowo-kulturowych (m.in. wynik stresu środowiskowego, określonej komunikacji kultury) (Kulik, 2010).

## Cel pracy

Przyjmując założenie o celowym działaniu organizmu, można uważać występowanie zespołu napięcia przedmiesiączkowego i zespołu chronicznego zmęczenia jako wynik przystosowywania się do określonych warunków. Oba zespoły nie mają ustalonej etiologii, dlatego poszukiwanie ich przyczyn powinno mieć charakter holistyczny. W kontekście omawianych zagadnień ważne jest zwrócenie uwagi na mechanizmy związane z emocjami i indywidualnymi predyspozycjami do przystosowania się osoby do środowiska oraz czynnikami społeczno-kulturowymi.

Istotnymi czynnikami w powstawaniu wielu chorób są mechanizmy emocjonalne, a szczególnie negatywne emocje, takie jak: złość, lęk czy depresja. Emocje, także te negatywne, są nośnikiem informacji o sposobach adaptacji do sytuacji ważnych dla przeżycia. Pełnią funkcję przekazu kulturowego. Sposoby radzenia sobie z negatywnymi emocjami

są związane z jednej strony z oceną społeczną, z drugiej zaś – z czynnikami podmiotowymi. Wskazuje się na pewne cechy osobowości, charakterystyczne dla niektórych grup chorób (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2010), a także temperament, który ma istotne znaczenie w procesie przystosowania się jednostki do środowiska (Strelau, Zawadzki, 1998).

Weryfikacji założenia o istnieniu jednego wspólnego latentnego czynnika dokonano w oparciu o założenie, że zespół przewlekłego zmęczenia i zespół napięcia przedmiesiączkowego wiążą się z negatywnymi emocjami, sposobem funkcjonowania (temperament, osobowość) i zależnością od aprobaty społecznej (Kulik, 2010; Smotrycka, 2015). Celem prezentowanych badań jest określenie wspólnych uwarunkowań PMS i CFS.

## Grupa badana

Na podstawie danych zebranych w ankiecie personalnej dokonano charakterystyki grupy pod kątem elementów ważnych dla rozpoznawania PMS i CFS. Badaniem objęto 149 studentek lubelskich uczelni w wieku 18–27 lat (średnia wieku  $20,86 \pm 1,79$ ). Najwięcej badanych pochodzi ze wsi (48%). Większość kobiet deklaruje, że nie pali papierosów (88%), rzadko (kilka razy w miesiącu lub mniej) spożywa alkohol (86%), nie przyjmuje narkotyków (95%), często je słodczyce (74%), codziennie spożywa produkty o dużej zawartości kofeiny (64%). W badanej grupie najczęściej przyjmowanymi substancjami ogólnodostępnymi są leki nasenne (96%) oraz uspokajające (93%). Badane osoby rzadziej przyjmują preparaty wzmacniające (80%) i o działaniu przeciwbólowym (62%). Większość nie stosuje antykoncepcji hormonalnej (93%). Najwięcej badanych kobiet podejmuje aktywność fizyczną nieregularnie kilka razy w miesiącu lub częściej (74%).

Na podstawie PSST wyłoniono dwie grupy: ze zdiagnozowanym napięciem przedmiesiączkowym lub przedmiesiączkowym zaburzeniem dysforycznym (79 kobiet) oraz bez diagnozy (70). Przy użyciu kwestionariusza CFSQ badane osoby podzielono na trzy gru-

py: bez objawów zmęczenia (90 kobiet), z objawami zmęczenia (24 osoby) oraz z objawami przewlekłego zmęczenia (35 kobiet).

## Narzędzia

Diagnozę PMS przeprowadzono przy użyciu Skali PSST (Kwestionariusz do badania objawów zespołu napięcia przedmiesiączkowego, © McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada 2003). Kwestionariusz składa się z dwóch części: cz. I – pytania 1–14 i cz. II – pytania A–E, łącznie 19 pytań dotyczących symptomów napięcia przedmiesiączkowego. Aby zdiagnozować PMS, muszą być spełnione łącznie następujące kryteria: 1. co najmniej jeden z pierwszych czterech objawów oceniony jako średni lub duży; 2. co najmniej cztery z cz. I, ocenione jako średnie lub duże; 3. co najmniej jeden objaw z cz. II oceniony jako średni lub duży. Nadając odpowiedziom wartości liczbowe (brak / w ogóle: 0, lekki / niewielki: 1, średni: 2, duży: 3, można obliczyć wynik ogólny oznaczający nasilenie objawów PMS – im większa suma, tym większe nasilenie objawów zespołu napięcia przedmiesiączkowego.

Przewlekłe zmęczenie badano przy pomocy Kwestionariusza do badania zmęczenia CFSQ R. Kosugo (wersja skrócona). Narzędzie składa się z 30 twierdzeń dotyczących objawów przewlekłego zmęczenia z możliwymi odpowiedziami: nigdy (0), czasami (1), często (2). Suma zaznaczonych odpowiedzi wskazuje na nasilenie przewlekłego zmęczenia. Podstawę wyodrębnienia grup o różnym nasileniu zmęczenia stanowi średnia i punkt krytyczny (Kulik, Szewczyk, 2005). Alfa Cronbacha dla skali w prezentowanych badaniach wynosi 0,934.

Do badania osobowości użyto Inwentarza osobowości NEO-FFI Costy i McCrae. Kwestionariusz składa się z 60 twierdzeń o charakterze samoopisowym, których prawdziwość w stosunku do własnej osoby badany ocenia na pięciostopniowej skali (1 – zdecydowanie nie zgadzam się, 2 – nie zgadzam się, 3 – nie mam zdania, 4 – zgadzam się, 5 – zdecydowanie zgadzam się). Wynik surowy w każdej skali zawiera się w przedziale od 0 do 48, wyższy

wynik w danej skali oznacza większe nasilenie danej cechy osobowości. Pozycje tworzą pięć skal: Neurotyczność, Ekstrawersja, Otwartość na doświadczenie, Ugodowość, Sumienność. Alfa Cronbacha dla skal wynosi od 0,68 do 0,82 (Zawadzki i in., 1998).

Badanie temperamentu wykonano za pomocą Kwestionariusza Temperamentu PTS Strelaua i Zawadzkiego, składającego się z 57 twierdzeń, których prawdziwość w odniesieniu do własnej osoby badany ocenia na czterostopniowej skali: 1 – zdecydowanie się zgadzam, 2 – raczej się zgadzam, 3 – raczej się nie zgadzam, 4 – zdecydowanie się nie zgadzam. Pozycje tworzą trzy podstawowe skale: siły procesu pobudzenia, siły procesu hamowania i ruchliwości procesów nerwowych. Ponadto określa się równowagę procesów nerwowych, ujmowaną jako stosunek SPP do SPH. Wyższy wynik w skali wskazuje na większe nasilenie danej cechy temperamentu. Alfa Cronbacha dla skal wynosi od 0,71 do 0,83 (Strelau, Zawadzki, 1998).

Do badania poziomu aprobaty społecznej wykorzystano Kwestionariusz Aprobaty Spo-

łecznej – KAS Drwala i Wilczyńskiej, składający się z 29 stwierdzeń typu prawda/fałsz. Wynik ogólny mówi o tendencji badanego do przedstawiania się w jak najlepszym bądź jak najgorszym świetle – wyższy wynik ogólny wskazuje na wyższą potrzebę aprobaty społecznej. Zgodność wewnętrzna testu wynosi 0,81 (Drwal, Wilczyńska, 1980).

Poziom negatywnych emocji zmierzono przy użyciu Kwestionariusza TPI Spielbergera (wersja eksperymentalna). Inwentarz składa się z 40 twierdzeń dotyczących tego, co badany zazwyczaj czuje, z możliwymi odpowiedziami: 1 – prawie nigdy, 2 – czasem, 3 – często, 4 – prawie zawsze. Sumując wartości liczbowe zaznaczone przez badanego, z uwzględnieniem twierdzeń odwróconych, uzyskuje się wyniki w czterech skalach: lęk, ciekawość, złość, depresja. Wyższy wynik w danej skali wskazuje na wyższe nasilenie danej emocji. Suma punktów skal: lęk, złość i depresja – stanowi wynik ogólny nasilenia emocji negatywnych. Narzędzie posiada zadowalające wskaźniki psychometryczne (Wrześniewski, 1991).

**Tabela 1.** Charakterystyka opisowa wyników testowych (PSST, CFSQ, NEO-FFI, TPI, PTS, KAS) badanych kobiet

		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min-Max</i>	<i>Shapiro-Wilk</i>
PSST	PMS	41,44	11,84	19–76	0,984
CFSQ	CFS	22,40	10,97	1–50	0,985
NEO- FFI	Neurotyczność	23,65	9,16	2–48	0,989
	Ugodowość	31,48	5,51	18–44	0,989
	Sumienność	30,60	7,06	7–44	0,969**
	Otwartość	24,42	3,61	13–37	0,979*
	Ekstrawersja	18,91	4,59	8–33	0,969**
TPI	Negatywne emocje	61,61	12,88	32–96	0,988
PTS	SPP	46,62	7,98	22–68	0,991
	SPH	52,30	6,66	32–70	0,988
	RPN	48,03	7,29	29–67	0,993
	Równowaga	-5,68	9,12	-33–18	0,987
KAS	Aprobata społeczna	16,43	4,96	4–29	0,985



## Wyniki

Analiza statystyczna została przeprowadzona przy użyciu programu SPSS Statistics 20.0. Do opisu wyników wykorzystano statystyki opisowe ( $M$ ,  $SD$ , zakres wyników) i test do oceny normalności rozkładu  $W$  Shapiro–Wilka. Do oszacowania, które z wyróżnionych zmiennych wyjaśniających są najlepszymi predyktorami zespołu napięcia przedmiesiączkowego oraz przewlekłego zmęczenia, zastosowano analizę regresji metodą krokową. Przyjęto maksymalny poziom istotności  $p=0,05$ .

Analizę wyników uzyskanych przez badane kobiety rozpoczyna analiza opisowa i analiza normalności rozkładu wyników. Dane prezentowane są w tabeli 1.

Z danych zawartych w tej tabeli wynika, że rozkład wyników w prezentowanych badaniach odbiega od rozkładu normalnego dla skal: Sumienność, Ekstrawersja, Otwartość. Rozkład wyników w skali Sumienność jest lewoskośny, w skali Ekstrawersja i Otwartość zaś – leptokurtyczny. W odniesieniu do tych narzędzi miary centralne wskazują na podniesione wyniki uzyskane przez badane kobiety czy większą koncentrację wyników wokół średniej. Rozkłady wyników w pozostałych skalach są zbliżone do normalnego.

Kolejnym krokiem opracowywania wyników było określenie predyktorów PMS i CFS w grupie badanych kobiet. Wyniki przedstawione są w tabeli 2.

Na podstawie analizy regresji metodą krokową (tabela 2) można stwierdzić, że przyjęty model zmiennych wyjaśnia w zespole napięcia przedmiesiączkowego 28,4% zmienności wyników, przy czym najistotniejsze są: neurotyczność ( $\beta=0,300$ ) i emocje negatywne ( $\beta=0,27$ ). Największy udział w wyjaśnianiu ma neurotyczność (25,2%), a następnie emocje negatywne (3,2%).

W przewlekłym zmęczeniu 55,0% zmienności wyników jest wyjaśnianych przez przyjęty model, przy czym najistotniejsze są: emocje negatywne ( $\beta=0,398$ ) oraz neurotyczność ( $\beta=0,394$ ). Największy udział w wyjaśnianiu mają emocje negatywne (48,2%), a dalej neurotyczność (6,8%).

## Dyskusja

Zespoły medycznie niewyjaśniane to symptomy niezwykle trudne do badania, wymagające szerokiego podejścia do tematu i uwzględniania wielu różnych czynników – biologicznych, psychologicznych oraz społecznych. Wiele objawów jest niespecyficznych, tworzy różne

**Tabela 2.** Zespoły medycznie niewyjaśnione (PMS, CFS) u badanych kobiet w świetle analizy regresji metodą krokową

Model	Współczynniki			Statystyki zmiany	
	$B$	$\beta$	$t$	Zmiana $R^2$	F zmiany
PMS: $R=0,533$ $R^2=0,284$ $F=28,991$ $p=0,000$ $df=2; 146$					
Stała	16,975		4,003***		
Neurotyczność	0,387	0,300	2,835**	0,252	49,588***
Negatywne emocje	0,248	0,270	2,555*	0,032	6,530*
CFS: $R=0,742$ $R^2=0,550$ $F=89,185$ $p=0,000$ $df=2; 146$					
Stała	-9,696		-3,110**		
Negatywne emocje	0,340	0,398	4,752***	0,482	136,614***
Neurotyczność	0,473	0,394	4,704***	0,068	22,125***

\*\*\* $p<0,001$ ; \*\* $p<0,01$ ; \* $p<0,05$

konfiguracje syndromów, tworząc mozaikę różnych powiązań. Odwołując się do modelu holistycznego, przeprowadzono badania mające na celu określenie uwarunkowań wspólnych dla dwóch zespołów. Analizy oparto na wynikach dotyczących PMS i CFS. Wśród biopsychospołecznych uwarunkowań zespołów medycznie niewyjaśnianych najistotniejsze znaczenie okazała się mieć neurotyczność i negatywna emocjonalność.

Neurotyczność jest wskazywana jako czynnik ryzyka chorób psychosomatycznych, co jest tłumaczone jej związkiem z takimi mechanizmami obronnymi jak: regresja, represja, wrogość i obwinianie się (Zawadzki, Strelau, 1998). Z drugiej strony wysoki poziom neurotyczności może zwiększać ryzyko popełnienia błędu diagnostycznego przy diagnozowaniu zespołów medycznie niewyjaśnianych. Osoby neurotyczne mają skłonność do wyolbrzymiania problemów psychologicznych oraz niewielkich dolegliwości fizycznych, osoby o małej neurotyczności wykazują zaś tendencje odwrotne (Zawadzki, Strelau, Szczepaniak, Śliwińska, 1998). Możliwe więc, że osoby o wysokim poziomie neurotyczności w rzeczywistości nie mają większego nasilenia objawów medycznie niewyjaśnianych, lecz po prostu zwracają na nie większą uwagę, a osoby o niskim poziomie neurotyczności mogą doświadczać symptomów, lecz je bagatelizują.

Subiektywna ocena ciężkości objawów wzrasta wraz z poczuciem zagrożenia, które może być tylko symboliczne, wyobrażeniowe. Wystąpienie określonych objawów można potraktować jako sposób komunikowania, nadawania znaczenia zagrożeniu. Nastawienie pesymistyczne wydaje się odgrywać istotną rolę jako mediator między percepcją obciążeń a objawami. Negatywna emocjonalność, np. depresyjny nastrój czy niepokój, jest wskazywana jako często towarzysząca zespołom medycznie niewyjaśnianym (van Eck van der Sluijs i in., 2015).

Ciekawe jest spostrzeżenie, że jakkolwiek w PMS i CFS neurotyczność i emocje negatywne mają istotne znaczenie jako predyktory, to zależność między nimi jest różna w obu

syndromach: w PMS największe znaczenie ma neurotyczność, w CFS – emocje negatywne. W przypadku PMS można mechanizm rozpatrywać w kontekście przekonania o zdrowiu/chorobie i podejmowaniu aktywności związanych z rolą chorego. Neurotyczność jest wymieniana jako najsilniejszy korelat objawów zespołu napięcia przedmiesiączkowego (Ninven, Carroll, 2013; Treloar, Heath, Martin, 2002; Vo, Smith, Elmi, 2007). Niska stabilność emocjonalna wiąże się z nadwrażliwością na bodźce (identyfikowanie objawów fizycznych nieistotnych jako ważnych), ale także generuje przekonania katastroficzne dotyczące własnego stanu zdrowia. Skutkuje to obniżeniem samopoczucia i nasileniem negatywnych emocji. Z kolei inny mechanizm wydaje się działać w przypadku CFS. Wzrost poziomu zmęczenia skutkuje wzrostem poziomu negatywnych emocji, zwłaszcza lęku, a następnie tendencją do wyolbrzymiania i reagowania w sposób nieproporcjonalny do bodźca, pesymistycznym nastawieniem wobec przyszłości, autoagresją i wrogością wobec otoczenia (Kulik, 2010). Wy tłumaczeniem dla głównej roli negatywnych emocji w wyjaśnianiu CFS może być ich powiązanie z mechanizmem wyczerpywania energii (powiązanie neurotransmiterów generujących nastroj i poczucie energii).

Uzyskane wyniki są analogiczne do wniosków z obserwacji lekarzy pierwszego kontaktu, którzy wypowiadając się o przyczynach zespołów medycznie niewyjaśnianych wskazywali na szczególne znaczenie osobowości pacjentów (Mik-Meyer, Roelsgaard Obling, 2012).

Inne znaczenie wyróżnionej neurotyczności i negatywnych emocji w wyjaśnianiu różnych zespołów objawów medycznie niewyjaśnianych (PMS i CFS) sugeruje inne kierunki i priorytety w oddziaływaniach terapeutycznych.

## Wnioski

1. Przeprowadzone badanie pozwala zidentyfikować wspólne uwarunkowania występowania objawów medycznie niewyjaśnianych.



- Najlepszymi predyktorami objawów medycznie niewyjaśnianych są: neurotyczność i negatywne emocje.
- Wyróżnione czynniki mają inne znaczenie w każdym z zespołów objawów (PMS/CFS).

## Piśmiennictwo

- Ambroña T., López-Pérez B. (2014). A Longitudinal Analysis of the Relationship between Positive and Negative Affect and Health. *Psychology, 5*, 859–863.
- APA (2013). *Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5™*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Bręborowicz G. (2010). *Położnictwo i ginekologia. Repetytorium*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Burns J.W., Gerhart J.I., Bruhl S., Peterson K.M., Smith D.A., Porter L.S., Schuster, Carruthers B.M., Jain A.K., De Meirleir K.L., Peterson D.L., Klimas N.G., Lerner A.M., Bested A.C., Flor-Henry P., Joshi P., Powles A.C.P., Sherkey J.A., van de Sande M.I. (2003). Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: Clinical Working Case Definition, Diagnostic and Treatment Protocols. *Journal of Chronic Fatigue Syndrome, 11*, 1, 7–97.
- Chou K.L. (2013). Chronic fatigue and affective disorders in older adults: Evidence from the 2007 British National Psychiatric Morbidity Survey. *Journal of Affective Disorder, 145*, 3, 331–335.
- Cirillo P.C., Freitas R.B., Bevilacqua M.C.N., López J.R.R.A, Nardi A.E. (2012). Bipolar disorder and Premenstrual Syndrome or Premenstrual Dysphoric Disorder comorbidity: a systematic review. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 34*, 467–479.
- Creed F., Fink P., Henningsen P., Rief W., Sharpe M., White P. (2010). Is there a better term than “Medically unexplained symptoms”? *Journal of Psychosomatic Research, 68*, 5–8.
- Creed F., Henningsen P., Fink P. (2011). *Medically Unexplained Symptoms, Somatisation and Bodily Distress*. Cambridge: University Press.
- Deary U. (1999). A taxonomy of medically unexplained symptoms. *Journal of Psychosomatic Research, 47*, 51–59.
- Drwal R., Wilczyńska J. (1980). Opracowanie kwestionariusza aprobaty społecznej. *Przegląd Psychologiczny, 3*, 569–583.
- Kinner E., Buvanendran A., Fras A.M., Keefe F.J. (2015). Anger Arousal and Behavioral Anger Regulation in Everyday Life Among Patients With Chronic Low Back Pain: Relationships to Patient Pain and Function. *Health Psychology, 34*, 547–555.
- Fink P. (1992). Physical complains and symptoms of somatizing patients. *Journal of Psychosomatic Research, 36*, 125–136.
- Fritzsche K., Xudong Z., Schaefer R. (2011). Crazy like us? – The proposed diagnosis of complex somatic symptom disorders in DSM-V from a cross-cultural perspective. *Journal of Psychosomatic Research, 71*, 282–283.
- Kia A. S., Amani R., Cheraghian B. (2015). The Association between the Risk of Premenstrual Syndrome and Vitamin D, Calcium, and Magnesium Status among University Students: A Case Control Study. *Health Promotion Perspectives, 5*(3), 225–230.
- Krawczyk W., Rudnicka-Drożak E. (2011). Zespół napięcia przedmiesiączkowego. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 3*, 145–147.
- Kuiper A. N., Harris A.L. (2009). Humor Styles and Negative Affect as Predictors of Different Components of Physical Health. *Europe's Journal of Psychology, 5*, 1–18.
- Kulik A. (2010). *Zmęczenie przewlekłe u nastolatków. Charakterystyka psychologiczna*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Kulik A. (2013). Kulturowe uwarunkowania zespołów medycznie niewyjaśnianych na przykładzie przewlekłego zmęczenia. *Sztuka Leczenia, 1–2*, 33–40.
- Kulik A., Szewczyk L. (2005). Kwestionariusz do badania zmęczenia. Psychometryczne właściwości. Oleś M. (red.), *Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej i osobowości. Metody diagnostyczne w badaniach dzieci i młodzieży*. Lublin: TN KUL, 41–61.
- Mik-Meyer N., Roelsgaard Obling A. (2012). The negotiation of the sick role: general practitioners' classification of patients with medically unexplained symptoms. *Sociology of Health & Illness, 34* (7), 1025–1038.
- Nimnuan, Ch., Rabe-Hesketh, S., Wessely, S., Hotopf, M. (2001). How many functional somatic symptoms? *Journal of Psychosomatic Research, 51*, 549–557.
- Ninven C., Carroll D. (2013). *The Health Psychology of Women*. New York: Psychology Press.
- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. (2010). *Osobowość, stres a zdrowie*. Warszawa: Difin SA.
- Olajossy, M., Gerhant, A. (2011) Zespół napięcia przedmiesiączkowego i przedmiesiączkowe zaburzenia dysforyczne – problem z pogranicza

- psychiatrii i ginekologii. *Current Problems of Psychiatry*, 12, 163–170.
- Panagopoulou F., Montgomery A.J., Benos A., Maes S. (2006). Are people emotionally predisposed to experience lower quality of life? The impact of negative affectivity on quality of life in patients recovering from cardiac. *Social Indicators Research*, 76, 55–69.
- Robbins J.M., Kirmayer L.J., Hemami S. (1997). Latent variable models of functional somatic distress. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 606–615.
- Robinson L., Ismail K. (2015). Clinical epidemiology of premenstrual disorder: informing optimized patient outcomes. *International Journal of Women's Health*, 7, 811–818.
- Smotrycka A. (2015). *Biopsychospołeczne uwarunkowania zespołu napięcia przedmiesiączkowego u młodych kobiet*. Niepublikowana praca magisterska. Lublin: Katedra Psychoterapii i Psychologii Zdrowia.
- Strelau J., Zawadzki B. (1998). *Kwestionariusz Temperamentu PTS. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Treloar S. A., Heath A. C., Martin N. G. (2002). Genetic and environmental influences on premenstrual symptoms in an Australian twin sample. *Psychological Medicine*, 32, 25–38.
- van Eck van der Sluijs J., ten Have M, Rijnders C., van Marwijk H., de Graaf R., van der Feltz-Cornelis C., (2015). Medically Unexplained and Explained Physical Symptoms in the General Population: Association with Prevalent and Incident Mental Disorders. *PLoS ONE* 10(4); doi:10.1371/journal.pone.0123274
- Vo G.T., Smith B.D., Elmi S. (2007). *Menstrual Endocrinology and Pathology: Caffeine Physiology, and PMS*. Smith B.D., Gupta U., Gupta B.S. (red.), *Caffeine and activation theory*. Boca Raton: CRC Press, 180-197.
- Wright P., Stern J., Phelan M. (2008). *Psychiatria*, t. 1, Wrocław: Elsevier Urban & Partner.
- Wrześniewski K. (1991). Trójczynnikiowy inwentarz stanów i cech osobowości. *Przegląd Lekarski*, 48, 2, 222–225.
- Zawadzki B., Strelau J., Szczepaniak P., Śliwińska M. (1998). *Inwentarz osobowości NEO-FFI Costy i McCrae. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.