

Ból a psychiatria

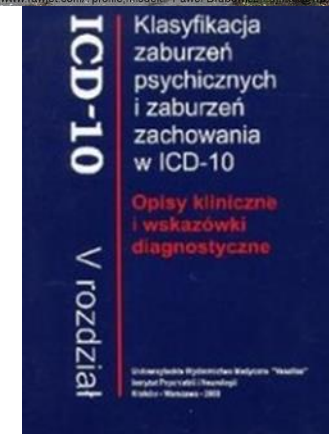
Dr n med. Sławomir Murawiec

Wyzwania w neurologii – jak skutecznie leczyć ból i stan zapalny?

WARSZAWA
27.02.2020 - 28.02.2020

Psychiatria jest przepętniona bólem

- Ból samej psychiatrii
- Ból w zaburzeniach psychicznych
- Ból jako zaburzenie psychiczne
- Ból jako MUS (medically unexplained symptoms)



Rosendal et al. *BMC Family Practice* (2017) 18:18
DOI 10.1186/s12875-017-0592-6

BMC Family Practice

DEBATE

Open Access



“Medically unexplained” symptoms and symptom disorders in primary care: prognosis-based recognition and classification

Marianne Rosendal^{1,2*}, Tim C Olde Hartman³, Aase Aamland⁴, Henriette van der Horst⁵, Peter Lucassen³, Anna Budtz-Lilly¹ and Christopher Burton⁶

Ból w psychiatrii

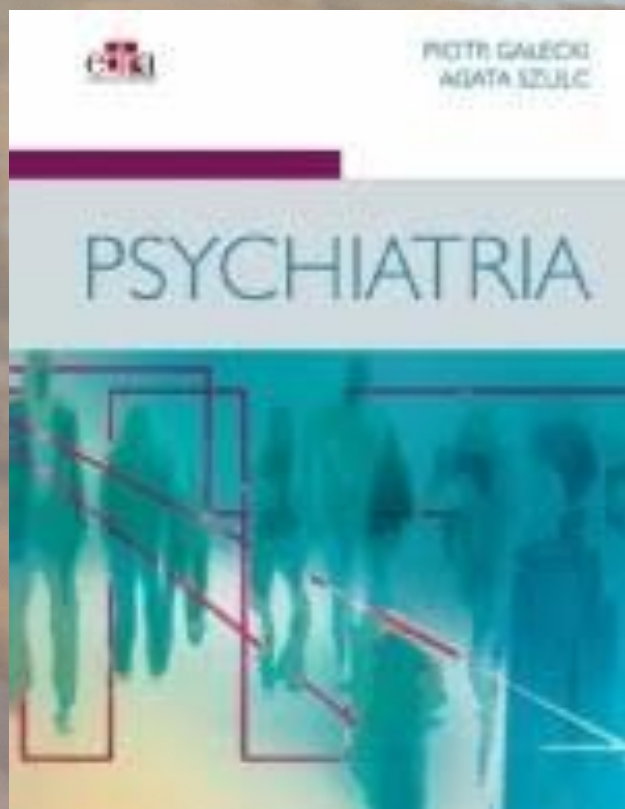
- Problemem jest często nieuchwytność źródła bólu w świecie procedur i diagnoz opartych na obiektywizacji
- To nie zmniejsza siły i realności bólu
- Ale to zmniejsza rozumienie tego bólu przez otoczenie



Rozdźwięk, różnica, frustracja, niedostrojenie, niedopasowanie, rozdzielenie



Ból psychogeny



Ból psychogeny (F45.4)

Jest zjawiskiem trudnym do zdiagnozowania. Pacjenci zgłaszają się do lekarza psychiatry dopiero na końcu długiej drogi leczenia bólu w specjalistycznych ośrodkach. Ból jest przewlekły, uciążliwy, jest źródłem silnego stresu. Problemy bólowe pacjenta sprawiają, że wzbudza on większą uwagę osób bliskich i/lub personelu medycznego. Ból psychogeny występujący w przebiegu depresji oraz innych zaburzeń lękowych nie jest zaliczany do tej kategorii diagnostycznej.

Ważna wskazówka dla lekarzy innych specjalności

Istnieje powszechne przekonanie, że pacjenci „wymyślają” lub specjalnie „agrawują” swoje dolegliwości. W przypadku zaburzeń występujących pod postacią somatyczną **pacjenci autentycznie cierpią i odczuwają ból**, a silny lęk i przygnębienie związane z przekonaniem o poważnej, niezdiagnozowanej chorobie mogą w skrajnych przypadkach prowadzić do samobójstwa.

Ból w psychiatrii

- Ból z uszkodzenia tkanek
- Ból zapalny
- Ból neuropatyczny
- Ból psychiczny

F00 – F09 Organiczne zaburzenia psychiczne
F10 – F19 Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem środków psychoaktywnych
F20 – F29 Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii i urojeniowe
F30 – F39 Zaburzenia nastroju – afektywne
F40 – F48 Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną
F50 – F59 Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi
F60 – F69 Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych
F70 – F79 Upośledzenie umysłowe
F80 – F89 Zaburzenia rozwoju psychicznego
F90 – F98 Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym
F99 Nieokreślone zaburzenia psychiczne

ICD-10
V rozdział

Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10
Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne

Wydawnictwo Psychiatria Polska "Wiedza i Praktyka" Warszawa - 2008

Paradoksy

- Ból „obiektywny”

- Koncepcja „centralnej syntetyzacji” – ból wzmacniany ośrodkowo

A jeszcze taki paradoks jako samouszkodzenia



A jeszcze taki paradoks jako otwarte placebo (open-label placebo)

Research Paper

PAIN[®]

Is the rationale more important than deception? A randomized controlled trial of open-label placebo analgesia

Cosima Locher^{a,*}, Antje Frey Nascimento^a, Irving Kirsch^b, Joe Kossowsky^{a,c}, Andrea Meyer^d, Jens Gaab^a

Intensywność odczuwanego bólu

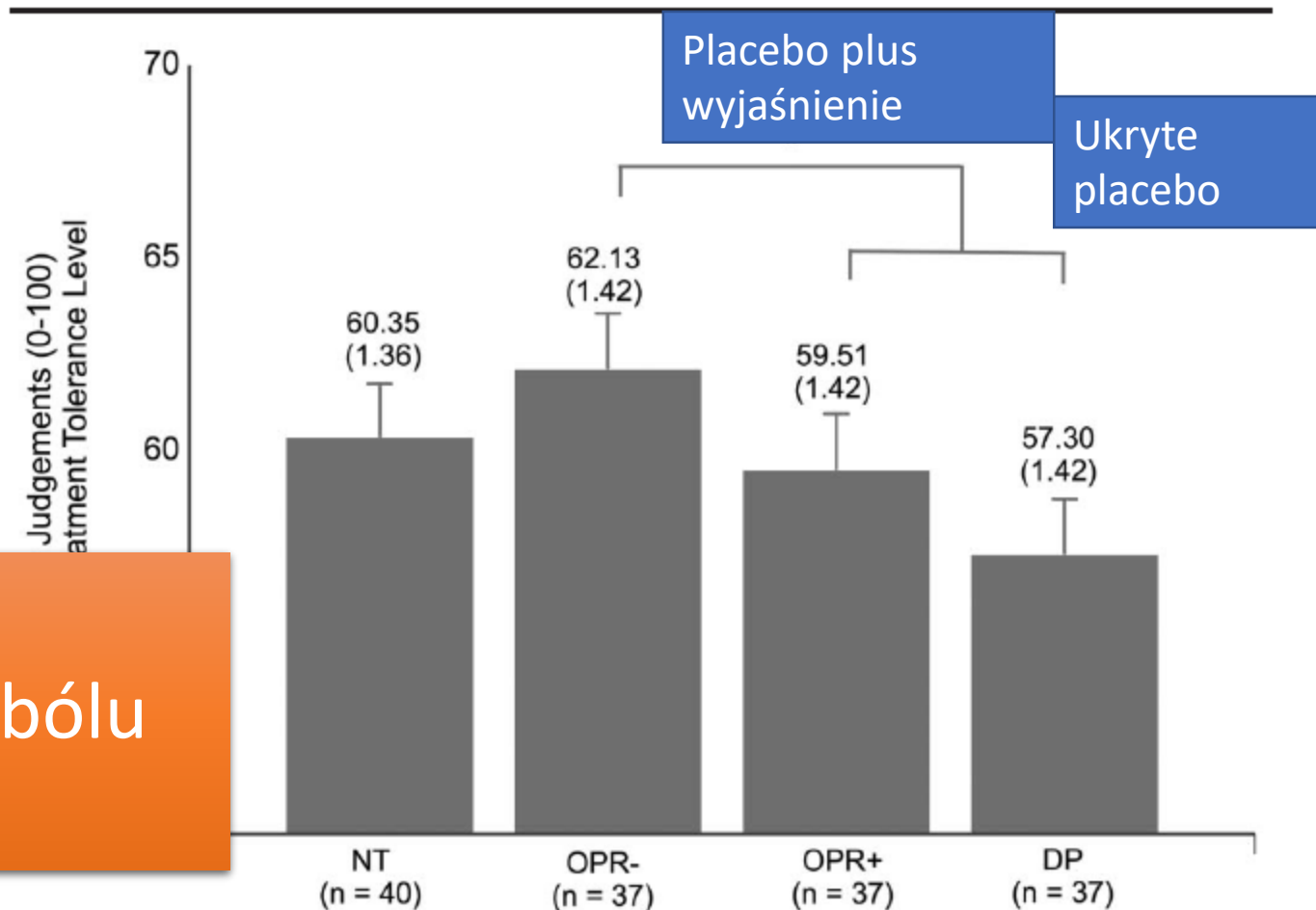


Figure 1. Posttreatment scores of subjective intensity ratings for heat pain tolerance of participants in the no treatment (NT), open-label placebo without rationale (OPR⁻), open-label placebo with rationale (OPR⁺), and deceptive placebo (DP) groups. Scores were adjusted for baseline ratings. For each group, the respective mean and SE are displayed. * = p -value < .05

The Concept of Mental Pain

Eliana Tossani

Laboratory of Psychosomatics and Clinimetrics, Department of Psychology, University of Bologna, Bologna, Italy



This article addresses the Core Competency of Patient Care and Procedural Skills



TREATMENT IN PSYCHIATRY

Addressing Patients' Psychic Pain

Joel Yager, M.D.

Jan Chodkiewicz

Zakład Psychologii Zdrowia, Instytut Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego

Ból psychiczny — konceptualizacja i narzędzia pomiaru

*Psychological pain — conceptualization
and measurement tools*

Doswiadczenie psychicznego bólu i cierpienia, zwane też w języku potocznym bólem duszy lub bólem istnienia, to zjawisko powszechne i nieunikniona część ludzkiej egzystencji

Wśród przyczyn tego doświadczenia wymienia się szerokie spectrum czynników: z jednej strony zaburzenia psychiczne (np. depresyjne, lękowe, stres pourazowy), wydarzenia traumatyczne (takie jak śmierć dziecka), straty (ważnej relacji, osoby, pozycji, finansów, zdrowia) i wykluczenie społeczne, a z drugiej świadomość własnej ograniczoności, niedoskonałości, kruchości, przemijalności i śmierci

Ból psychiczny może być również następstwem utraty sensu życia, pustki wewnętrznej, wyrzutów sumienia, poczucia winy i krzywdy,

Ból psychiczny nie jest mniej realny niż inne typy bólu które dotyczą części ciała, ale nie znajduje wystarczającej uwagi. Podstawowym problemem jest brak zgody na temat jego podstawowych cech, brak jego jasnej conceptualizacji i definicji.

Problemem jest także brak takiego pojęcia w definicji depresji i innych zaburzeń (stanów) psychicznych)

Table 1. Common characteristics of psychological pain

<i>Unpleasant feeling</i>	
Psychic pain	A state involving unpleasant feelings
Psychache	An experience of negative emotions, hurt, anguish, soreness, aching in the psyche or mind
<i>Emotional pain</i>	
Emotional pain	A state of feeling broken that involves the experience of being wounded, loss of self, disconnection, and a critical awareness of one's more negative attributes
Suffering [6]	An affective state of discomfort, anguish, distress, torment, pain, heartache and misery
Suffering [7]	Not being able to hold oneself together as a whole
<i>Appraisal of an inability or deficiency</i>	
Psychic pain	Cognitive discrepancy between the ideal and actual self
Psychache	Introspective experience in response to frustrated needs
<i>Unsustainable</i>	
Psychic pain	Potentially pathogenic (e.g. depression)
Psychache	Intolerable and unbearable, may lead to suicide
<i>Emotional pain</i>	
Emotional pain	Awareness of one's own role, sense of loss or incompleteness of self
Suffering [6]	Recognition of what caused the suffering, negative appraisal of resulting consequences for the self
Suffering [7]	Search for meaning, sense of meaninglessness and hopelessness
<i>Unsustainable</i>	
Psychic pain	Potentially pathogenic (e.g. depression)
Psychache	Intolerable and unbearable, may lead to suicide
<i>Emotional pain</i>	
Emotional pain	Destructive, can leave someone irreparably damaged
Suffering [6]	Cannot continue indefinitely, needs to be resolved (enduring suffering)
Suffering [7]	Involves a decision to live or die

Nieprzyjemna emocja

Doświadczenie negatywnej emocji, zranienia, cierpienia

Poczucie bycia zranionym, złamanym, utraty siebie,

Stan boleści, dyskomfortu, dystresu, bólu, bólu duszy, nieszczęścia

Niezdolność do zachowania poczucia całości siebie

Dostrzeżenie niedostępności czegoś lub rozbieżności

Poznawcza różnica pomiędzy idealnym a aktualnym ja

Introspektywna doświadczenie w odpowiedzi na sfrustrowane potrzeby

Świadomość swojej roli, utraty albo niekompletnego poczucia ja

Rozpoznanie tego co powoduje cierpienie, negatywna ocena konsekwencji dla „ja”

Poszukiwanie znaczenia - poczucie bezsensu i bezradności

Niemożliwa do zniesienia, destrukcyjna sytuacja

Może wynikać z patologii - depresja

Niemożliwa do tolerowania, może prowadzić do samobójstwa

Destrukcyjna, może dać poczucie rany niemożliwej do zagojenia

Nie może trwać wiecznie, musi zostać rozwiązana

Decyzja żyć lub umrzeć

Inne elementy

- Brak wyraźnej lokalizacji bólu psychicznego
- Brak przyczyny fizycznej (organiczej)
- Brak wyraźnego rozróżnienia od bardziej złożonych zjawisk obejmowanych wspólnymi nazwami, jak np. cierpienie

Is Psychic Pain Distinct?

Somatic pain, psychic pain, and clinical depression frequently co-occur.

**Ból somatyczny, psychiczny ból i
kliniczna depresja często występują
jednocześnie**

Nawet w obecności znaczących przeżyć depresji i lęku, współwystępowanie bólu psychicznego przynosi dodatkową jakość związaną z tendencjami samobójczymi i samobójstwem. Jeśli ból psychiczny staje się nieznośny, kiedy osiąga pewną intensywność - ból psychiczny jest szczególnie ważny w przypadku tych pacjentów, którzy umierają śmiercią samobójczą.

Ból odrzucenia

- Że to te same ośrodki w mózgu

- Chyba mamy jednak specjalne szlaki i obwody neuronowe dedykowane temu doświadczeniu

Oddzielne neuronalne reprezentacje bólu fizycznego i odrzucenia społecznego



ARTICLE

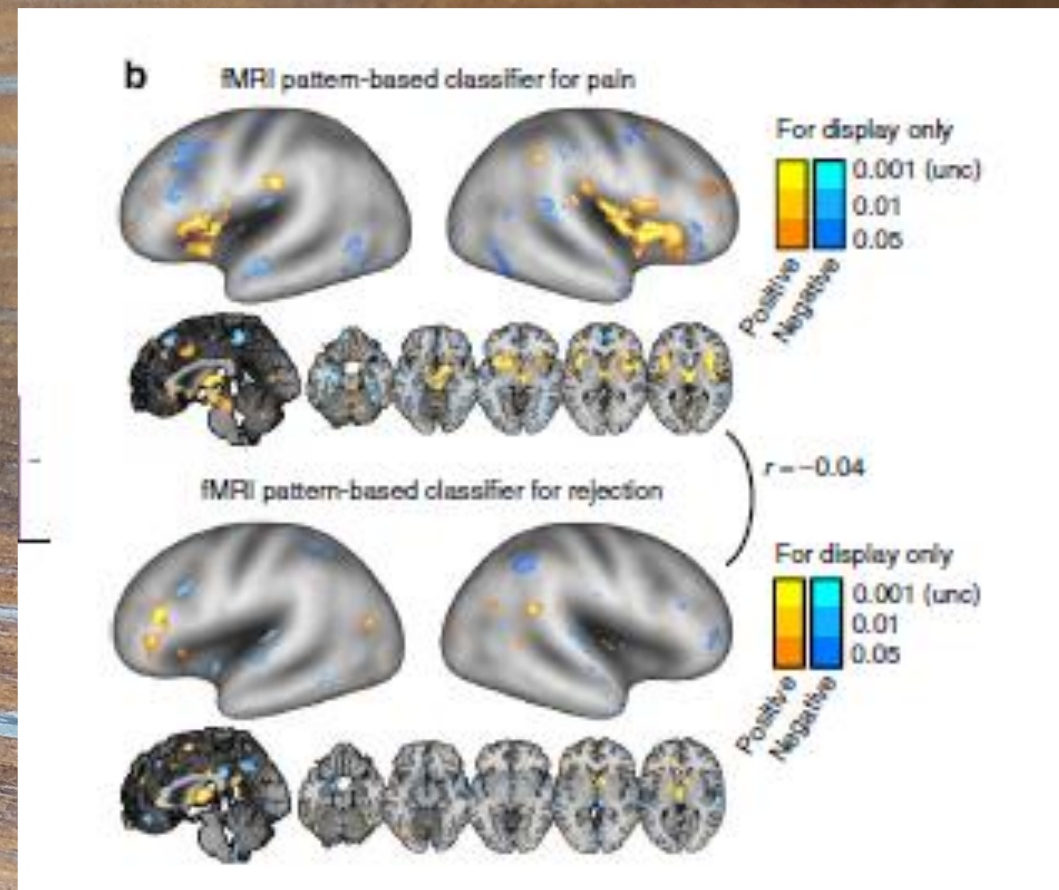
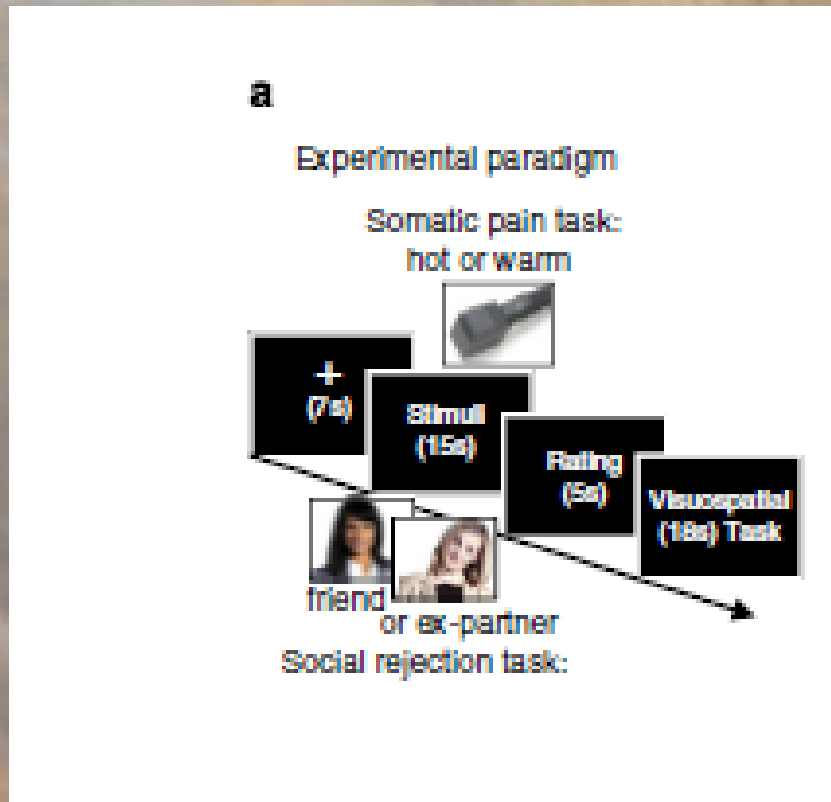
Received 8 May 2014 | Accepted 25 Sep 2014 | Published 17 Nov 2014

DOI: [10.1038/ncomms6380](https://doi.org/10.1038/ncomms6380)

Separate neural representations for physical pain and social rejection

Choong-Wan Woo^{1,2}, Leonie Koban^{1,2}, Ethan Kross³, Martin A. Lindquist⁴, Marie T. Banich^{1,2},
Luka Ruzic^{1,2}, Jessica R. Andrews-Hanna² & Tor D. Wager^{1,2}

fMRI bólu



fMRI bólu po odrzuceniu w związku

The background of the slide is a close-up, slightly blurred image of a wooden surface, showing natural wood grain patterns in various shades of brown and tan. A white rectangular box with a thin blue border is positioned in the center-left of the image, containing the text.

Ból w depresji i lęku

MASKI BÓLOWE

- Czasem nasilenie dolegliwości bólowych w przebiegu depresji jest tak duże, że mówimy o tzw. **maskach bólowych depresji**, czyli o sytuacji kiedy ból przesłania wszystkie inne objawy epizodu depresyjnego, odciągając od nich uwagę zarówno lekarza, jak i pacjenta – co może stać się przyczyną pomyłek diagnostycznych, a co za tym idzie nieskuteczności leczenia.
- Takimi maskami mogą być m.in.:
 - „nerwobóle”
 - bóle głowy
 - stany spastyczne dróg żółciowych i przewodu pokarmowego
 - bóle w klatce piersiowej.

MÓZG, BÓL, DEPRESJA.

- Ból o charakterze chronicznym w sposób negatywny wpływa na elementy tzw. układu kary i nagrody, na który składa się szereg struktur układu nerwowego (ciała migdałowe, hipokamp, kora przedczołowa, pola brzuszne nakrywki, jądro półleżące itp.) , odpowiedzialnych m.in. za regulację nastroju.
- Z tego powodu depresja bardzo często towarzyszy:
 - Fibromialgii
 - bólowi neuropatycznym
 - Migrenie
 - napięciowym bólowi głowy
 - chorobom zwyrodnieniowym
 - przewlekłym chorobom zapalnym
 - przewlekłemu bólowi w miednicy.

BÓL W DEPRESJI

- Wyniki licznych badań wykazały, że **40 - 60 proc. chorych w okresie epizodu depresyjnego zgłasza skargi na ból o różnej lokalizacji**. U niektórych chorych ból w depresji jest objawem towarzyszących chorób somatycznych.
- Skupienie na objawach somatycznych, wykluczenie podłoża „czynnościowego” prowadzi często do nierozpoznawania depresji, nie podejmowania leczenia oraz utrzymywania się uciążliwych objawów.
- Jedną z częstszych przyczyn bólu o charakterze czynnościowym jest depresja - występowanie poza bólem objawów związanych z depresją.

DEPRESJA W BÓLU

- Innym ważnym problemem w medycynie jest występowanie depresji u chorych z przewlekłym bólem, spowodowanym:
 - chorobami układu kostno-stawowego
 - Nowotworami
 - chorobami neurologicznymi.

U chorych, którzy cierpią z powodu przewlekłego bólu rozpowszechnienie depresji ocenia się na około 40 proc.

Współwystępowanie bólu u chorych na depresję i depresji u chorych z przewlekłym bólem pogłębia cierpienie i niesprawność.

TO LUBIMY CZYLI PUNKTY PRZEJŚCIA



REVIEWS AND OVERVIEWS

Mechanisms of Psychiatric Illness

Inflammation: Depression Fans the Flames and Feasts on the Heat

Janice K. Kiecolt-Glaser, Ph.D., Heather M. Derry, M.A., Christopher P. Fagundes, Ph.D.

PsychiatryOnline DSM Library Books Journals News APA Guidelines Patient Education International CME

The American Journal of
Psychiatry

[Home](#) [Current Issue](#) [All Issues](#) [About](#) [Residents' Journal](#) [AJP in Advance](#)

[Previous Article](#) [Ahead of Print](#) [Next Article](#)

Perspectives
Inflammation: Depression Fans the Flames and Feasts on the Heat

Janice K. Kiecolt-Glaser, Ph.D., Heather M. Derry, M.A., Christopher P. Fagundes, Ph.D.

Received: February 02, 2015
Accepted: June 19, 2015
<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15020152>

Abstract [Full Text](#) [References](#) [PDF](#)

- ❑ Depresja i stan zapalny są wzajemnie splecione, dostarczając sobie wzajemnie paliwa i karmiąc się nawzajem.
- ❑ Te dwukierunkowe pętle zwrotne polegają na tym, że depresja nasila odpowiedź zapalną, a stan zapalny sprzyja powstawaniu depresji.
- Ma to pewne oczywiste konsekwencje
- ❑ Zwiększony poziom zapalenia charakteryzuje wiele chorób i zaburzeń układowych, takich jak choroby układu sercowo- naczyniowego, cukrzyca, zespół metaboliczny, reumatoidalne zapalenie stawów, astma, SM, przewlekły ból i łuszczyca.
- ❑ Każdy z tych stanów chorobowych wiąże się ze zwiększeniem ryzyka wystąpienia depresji.



NIH Public Access

Author Manuscript

Psychol Bull. Author manuscript; available in PMC 2014 May 01.

Published in final edited form as:

Psychol Bull. 2014 May ; 140(3): 774–815. doi:10.1037/a0035302.

From Stress to Inflammation and Major Depressive Disorder: A Social Signal Transduction Theory of Depression

George M. Slavich and Michael R. Irwin

University of California, Los Angeles

Stan zapalny jest najczęściej kojarzony z odpowiedzią organizmu na uszkodzenie ciała lub na infekcję.

Jednakże mamy obecnie wystarczającą liczbę dowodów potwierdzających fakt, że także psychologiczny stres może uruchamiać stan zapalny, powodując zwiększenie poziomu niektórych substancji włączonych w powstawanie odpowiedzi immunologicznej. – mimo braku konkretnego fizycznego uszkodzenia organizmu.



NIH Public Access

Author Manuscript

Psychol Bull. Author manuscript, available in PMC 2014 May 01.

Published in final edited form as:

Psychol Bull. 2014 May ; 140(3): 774–815. doi:10.1037/a0035302.

From Stress to Inflammation and Major Depressive Disorder: A Social Signal Transduction Theory of Depression

George M. Slavich and Michael R. Irwin
University of California, Los Angeles

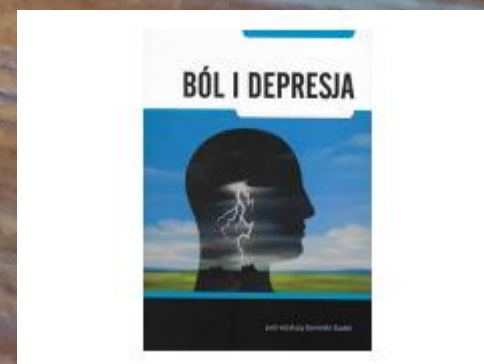
Leki przeciwdepresyjne w terapii bólu

Marcin Siwek

Depresja ze współwystępującym bólem

Szacuje się, że 30–60% pacjentów, u których rozpoznano epizod dużej depresji, cierpi z powodu dolegliwości bólowych o różnym nasileniu i charakterze. Część z tych dolegliwości stanowi element obrazu epizodu depresyjnego, pozostałe natomiast wskazują na obecność współwystępującego innego zaburzenia psychicznego (np. zaburzenia somatyzacyjnego), choroby somatycznej i/lub zespołu bólowego, takiego jak fibromialgia, bóle neuropatyczne, napięciowe lub migrenowe bóle głowy, chroniczny ból okolicy krzyżowej lub miednicy, zespół piekących ust i wiele, wiele innych. Bez względu na etiologię ból jest czynnikiem, który w sposób bardzo negatywny wpływa na efekty leczenia depresji. Wykazano, że ból o dużym nasileniu, niezależnie od innych czynników, wydłuża czas trwania leczenia i zwiększa liczbę hospitalizacji.

duloksetyna
pregabalina



PSYCHOTERAPIA (W) BÓLU

Journal of Pain Research

Dovepress
open access to scientific and medical research

Open Access Full Text Article

REVIEW

Assessing the role of cognitive behavioral therapy in the management of chronic nonspecific back pain

This article was published in the following Dove Press journal:
Journal of Pain Research
10 October 2012
Number of times this article has been viewed

Published in final edited form as:

JAMA. 2016 March 22; 315(12): 1240–1249. doi:10.1001/jama.2016.2323.

Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction vs Cognitive-Behavioral Therapy and Usual Care on Back Pain and Functional Limitations among Adults with Chronic Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial

Daniel C. Cherkin, PhD*

Group Health Research Institute; Departments of Health Services and Family Medicine, University of Washington

Karen J. Sherman, PhD,

Group Health Research Institute; Department of Epidemiology, University of Washington

Benjamin H. Balderson, PhD,

Group Health Research Institute, University of Washington

Andrea J. Cook, PhD,

Group Health Research Institute; Department of Biostatistics, University of Washington



Cochrane Database of Systematic Reviews

Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults (Review)

Williams ACDC, Eccleston C, Morley S

NeuroImage: Clinical 5 (2014) 365–376



ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

NeuroImage: Clinical

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ynicl



Unlearning chronic pain: A randomized controlled trial to investigate changes in intrinsic brain connectivity following Cognitive Behavioral Therapy



Marina Shpaner^a, Clare Kelly^b, Greg Lieberman^a, Ha Francis J. Keefe^c, Magdalena R. Naylor^{a,*}

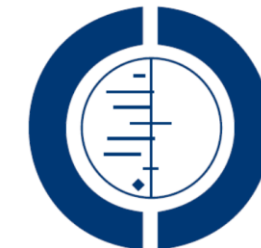
^aPsychiatry, University of Vermont College of Medicine, Burlington, VT, USA

^bPhyllis Green and Randolph Cowen Institute for Pediatric Neuroscience, NYU Child Study

^cDepartment of Psychiatry and Behavioral Sciences, Duke University Medical Center, Durham

Cognitive-behavioural treatment for subacute and chronic neck pain (Review)

Monticone M, Cedraschi C, Ambrosini E, Rocca B, Fiorentini R, Restelli M, Gianola S, Ferrante S, Zanoli G, Moja L



THE COCHRANE
COLLABORATION®



Tylko jeden rodzaj skarg – na dolegliwości somatyczne. Z bardzo silną ekspresją emocjonalną skarżył się, że boli go „żołądek”, „wątroba”, „głowa”. Siła przekazu tych skarg była bardzo znaczna, a jednocześnie pacjent nie wypowiadał żadnych innych treści pozwalających na nawiązanie z nim kontaktu w odniesieniu do treści psychologicznych i spraw życiowych.

- karta informacyjna leczenia szpitalnego ze szpitala psychiatrycznego zawierająca rozpoznanie schizofrenii oraz informację, że w trakcie całego pobytu skarżył się on na „chorobę wątroby”
- późniejsza karta informacyjna pobytu w szpitalu ogólnym, nie potwierdzająca somatycznego podłoża zgłaszanych przez niego skarg.





Schizofrenia somatopsychiczna – opis przypadku

Somatopsychic type of schizophrenia – case report

Monika Michalak, Monika Lekan, Matylda Japola-Januszewska,
Janusz Perzyński

Katedra i Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Psychiatria Polska

2010, tom XLIV, numer 2

strony 163–172

Postaci somatopsychiczna i cenestetyczna schizofrenii: podobieństwa i różnice

Somatopsychic and cenesthetic types of schizophrenia:
common features and discrepancies

Hubert M. Wichowicz, Wiesław J. Cubała

Klinika Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicowych
Katedry Chorób Psychiczych Gdańskiego UM
Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Landowski

Summary

The aim of this paper is to discuss the development of the concepts of cenesthetic type of schizophrenia and somatopsychic type of schizophrenia along with the review of differences in those two diagnostic approaches in scope of their historical background and the current diagnostic concepts. Those independently described diagnostic phenomena have some common features. However, the cenesthetic type of schizophrenia emphasises sensory elements of the disorders and includes a broader spectrum of the psychopathology while the somatopsychic type of schizophrenia focuses on the thought disorders and strictly schizophrenic psychopathology.

Keywords: schizofrenia cenestetyczna, schizofrenia somatopsychiczna, podobieństwa i różnice, cechy diagnostyczne

Keywords: cenesthetic type of schizophrenia, somatopsychic type of schizophrenia, common features and discrepancies

Journal of Psychiatric Practice

Enter Keywords All Issues Search Advanced Search Saved Searches

Home Current Issue Previous Issues Collections

Home > July 2010 - Volume 16 - Issue 4 > Medically Unexplained Physical Symptoms Masking (Cenesthopathic... Login Register

< Previous Abstract | Next Abstract >

You could be reading the full-text of this article now...

- if you become a subscriber (I am a subscriber ?)
- if you purchase this article

If you have access to this article through your institution, you can view this article in OvidSP.

Journal of Psychiatric Practice:
July 2010 - Volume 16 - Issue 4 - pp 258-264
doi: 10.1097/01.pra.0000386913.85182.b6
Clinical Case Discussions

Medically Unexplained Physical Symptoms Masking (Cenesthopathic) Schizophrenia: A Case Series

Röhricht, Frank MD, MRCPsych[†]; Gudi, Alka MRCPsych[†]; Lewis-Fernández, Roberto MD*

Abstract

The authors present a case series involving four patients who were referred to a specialized somatoform disorders clinic because of chronic medically unexplained physical complaints. The patients were eventually diagnosed with cenesthopathic schizophrenia, a term that has been proposed for a type of schizophrenia in which tactile hallucinations and delusional somatosensory beliefs are prominent. Two of the four had definite responses to antipsychotic medication. All of the patients were immigrants to the United Kingdom, and cultural and language barriers were likely factors in delayed diagnoses. (*Journal of Psychiatric Practice* 2010;16:258–264).

© 2010 Lippincott Williams & Wilkins, Inc.

schizofrenii somatopsychicznej opisanej przez

KARGER
Medical and Scientific Publishers

Connecting the World of
Biomedical Science

Journals Books Collections Subject Guide Services Resources Company My

Journal Home Details & Contacts Authors & Reviewers Subscription Rates My

Psychopathology

Table of Contents

To view the fulltext, log-in or choose pay-per-view options:

Get Access

From Cenesthesias to Cenesthopathic Schizophrenia: A Historical and Phenomenological Review

Jenkins G. · Röhricht F.

Psychopathology 2007;40:361–368 (DOI: 10.1159/000106314)

Abstract

Background: Abnormal bodily sensations, 'cenesthesias', are frequently described psychopathological symptoms in schizophrenia. 'Cenesthopathic schizophrenia' is included but undefined within the category 'other schizophrenia' (F20.8) in the ICD-10 classification. **Method:** This narrative review pursues the development of the concept of cenesthopathic schizophrenia, from its foundation in the late 18th century to the present (phenomenology of cenesthesias). It explores its applicability and relevance as a diagnostic entity in psychiatry today. The review is based on a critical reading of papers identified through Medline (1951 to date), Psychinfo (1887 to date) and EMBASE (1974 to date) searches (using subject headings: cenesthesias, cenesthopathy, cenesthopathic schizophrenia) as well as a hand-search of related references in selected papers. **Results:** Current knowledge supports the notion of a distinct subgroup of schizophrenia patients with marked and dominating abnormal bodily sensations. **Conclusions:** Further research is necessary to identify other characteristics of the subgroup, to clarify the neurobiological and psychological basis of the phenomena and to determine as to whether the subgroup benefits from distinct treatment.

More Information