

Małgorzata A. BASIŃSKA

Psychologiczne czynniki oddziałujące na stan somatyczny - współczesne ujęcie zespołu psychosomatycznego

Psychological Factors Affecting Medical Conditions - contemporary conception of psychosomatic syndrome

Zakład Psychopatologii i Diagnostyki Klinicznej
Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego
w Bydgoszczy
Kierownik Zakładu:
Dr hab. *Małgorzata A. Basińska*, prof. UKW

Dodatkowe słowa kluczowe:
zespół psychosomatyczny

Additional key words:
psychosomatic syndrome

Analizując charakter związku między somą i psychę na przestrzeni wieków można zauważyć jego naprzemiennie występujące zmiany, których przyczyny były bardzo zróżnicowane. Wiek XX to czas w którym mówiło się jednoznacznie o zależnościach psychosomatycznych, jednak różni badacze rozumieli je nieco odmiennie. Te przemiany na przestrzeni dziejów dały podstawy do tworzenia w XXI wieku nowego systemu wolnego od kontrowersyjnych i trudnych do przyjęcia na gruncie medycyny założeń. Przygotowywane do wprowadzenia wraz z DSM-V opracowanie Psychologicznych Czynniki Oddziałujących na Stan Somatyczny wydaje się być wolne od występujących w przeszłości błędów i pomocne w leczeniu osób chorych.

While analyzing the character of relationship between soma and psyche throughout the centuries one can perceive its alternate changes triggered of many different reasons. XX century was a period in which researchers described psychosomatic dependences unambiguously however different explorers had understood it somewhat differently. These transformations throughout the centuries were the bases to create in XXI century a new system free from controversial and difficult to accept on the ground of medicine foundations. Prepared to introduce together with from DSM-V, the study of Psychological Factors Affecting Medical Conditions seems to be free from mistakes and helpful in treatment of ills.

*Leczyć trzeba nie tylko ciało,
ale i duszę chorego
Hipokrates (ur. ok. 460 - 370 p.n.e.)*

Wprowadzenie

Przedstawiciele medycyny psychosomatycznej ciągle pytali i pytają, dlaczego choruje właśnie ten człowiek, właśnie obecnie i dlaczego właśnie ten narząd nie funkcjonuje w sposób prawidłowy. Odpowiedzi szuka się w historii życia i choroby pacjenta, zakłada się, że żadne schorzenie nie występuje przypadkowo. Pytanie o przyczynę występowania jest jednak wciąż otwarte. Istniejące teorie wskazują na wiele czynników, jednak ciągle nie wiemy, które z nich w konkretnym przypadku są rzeczywistą przyczyną choroby [37].

Analizując etiologię chorób z perspektywy historii medycyny można zauważyć ciągłe zmiany w poglądach. Na przykład medycyna pierwotna nie rozgraniczała chorób na somatyczne i psychiczne. Chorował cały człowiek i leczono całego człowieka. Takie myślenie było konsekwencją sposobu rozumienia natury świata. Zarówno świat naturalny, jak i duchowy przenikały się i tworzyły całość, dlatego też oba pełniły istotną rolę w wyjaśnianiu i leczeniu schorzeń doświadczanych przez ludzi [37].

W starożytności na plan pierwszy wysunęły się przeciwne tendencje. W starożytnym Egipcie każdy lekarz zajmował się leczeniem jednego typu schorzeń. W staro-

żytnej Grecji rozwinął się kierunek empiryków, którzy twierdzili, że przyczyny chorób są niepoznawalne i dlatego w sposób uprzywilejowany traktowali zjawiska i doświadczenia, które byli w stanie kontrolować. Greckim lekarzem, którego imię jest dziś powszechnie znane - był *Hipokrates*. Do jego największych osiągnięć, oprócz spisania historii medycyny, należy wprowadzenie reguły, która zakładała badanie pacjenta w całości, a nie jedynie chorego organu [37].

Średniowiecze to czas specyficzny, w którym medycyna była mocno związana z kościołem i to mnisi przepisywali księgi starożytnych lekarzy. Przedstawicielem psychosomatycznego rozumienia chorób w średniowieczu była św. Hildegarda [37].

Czasy oświecenia to intensywny rozwój nauk przyrodniczo-matematycznych, co wpłynęło istotnie na podejście do chorób. Rozwinęła się anatomia i fizjologia, przeprowadzono wiele doświadczeń z drobnoustrojami chorobotwórczymi, co w konsekwencji doprowadziło do rozwoju szczepień ochronnych [37]. W tym też czasie *Rene Descartes* (*Kartezjusz*, 1596-1650) uznał psychikę i ciało za całkowicie odmienne sfery, co było podstawą rozwoju paradygmatu biomedycznego [46].

Natomiast wiek XIX to czas, kiedy - pomimo intensywnego rozwoju nauk przyrodniczych - w naukach medycznych powrócono do koncepcji postrzegania człowieka jako jednostki biopsychospołecznej. Niemiecki

Adres do korespondencji:
Małgorzata A. Basińska
Zakład Psychopatologii i Diagnostyki Klinicznej
Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego
w Bydgoszczy
85-867 Bydgoszcz, ul. Staffa 1
Instytut Psychologii UKW, 52-3708402
e-mail: mbasinska@ukw.edu.pl

lekarz *Johann Heinroth* jako pierwszy w 1818 roku na określenie współdziałania czynników psychicznych i somatycznych w powstawaniu zaburzeń użył terminu „psychosomatyka”, jednak dopiero wiedeński psychoanalitik *Felix Deutsch* w 1922 roku wprowadził do słownika współczesnej medycyny terminy „zaburzenia psychosomatyczne” i „medycyna psychosomatyczna” [13].

Współczesne osiągnięcia w dziedzinie psychoneuroimmunologii (PNI) wyjaśniają szereg zależności między układami nerwowym, hormonalnym i odpornościowym oraz procesami psychicznymi [13]. PNI bada zależności między psychiką, postawami, przekonaniem i zachowaniami a odpornością oraz zdrowiem i chorobą. Każde wydarzenie psychiczne zmieniające stan układu nerwowego i hormonalnego może wpływać na odporność. Wyniki badań jednoznacznie pokazują, że poziom odporności może ulegać zmianie zarówno pod wpływem przeżyć jak i pod wpływem myśli [23].

Jak widać z tego krótkiego historycznego wprowadzenia w zagadnienie tendencje biopsychospołeczne i biomedyczne przechodziły na przestrzeni dziejów różne koleje. Obecnie na poziomie teoretycznym dominuje podejście biopsychospołeczne, a w podejściu praktycznym biomedyczne, według którego emocje i myśli jako elementy psychiki nie mogą wpływać na ciało [46].

Celem tego artykułu jest zaprezentowanie rozumienia zespołu psychosomatycznego, który ze względu na bliskie pokrewieństwo treściowe z medycyną, a szczególnie z psychiatrią zdefiniowano według akceptowanego na ich gruncie sposobu rozumienia. Pojęcie zespół lub syndrom odnosi się nie do jednostki chorobowej, lecz do zbioru objawów, które mogą wskazywać na jakąś jednostkę chorobową. Zbiór symptomów wskazuje i opisuje drugi poziom diagnostyczny, znajdujący się pomiędzy poziomem objawowym i nozologicznym zaburzeń [3]. Z takiego ujęcia wynikają dwa ważne wnioski. Gdy jest mowa o zespole psychosomatycznym to nie można ograniczać się do pojedynczego objawu oraz drugi, że nie można stawiać znaku równości między zespołem psychosomatycznym a jednostką chorobową, gdyż zespół psychosomatyczny może co najwyżej na nią wskazywać.

Pytaniem, które budziło najwięcej kontrowersji wśród badaczy od czasów zwrócenia uwagi na fakt istnienia powiązań psychosomatycznych, jest pytanie o ich istotę. Już w połowie poprzedniego wieku stwierdzono, że dany „przypadek” zostanie zaklasyfikowany jako psychosomatyczny, jeśli w procesie diagnozowania nie stwierdzi się żadnego organicznego podłoża dla zgłaszanych przez pacjenta skarg somatycznych. Jednakże, na podstawie klinicznego doświadczenia, okazało się, że można brać pod uwagę schorzenie psychosomatyczne nie tylko przez zastosowanie medycznej procedury wykluczenia (obecność versus brak podstawy organicznej dla zgłaszanych skarg), ale też przez badanie swoistych cech somatycznych i osobowości jednostki [11].

Dotychczasowe sposoby rozumienia zespołu psychosomatycznego

Sposoby rozumienia zespołu psychosomatycznego tak jak i innych pojęć ulegały przemianom. Najbardziej charakterystyczne było ujmowanie go przez klasyczną psychosomatykę jako specyficznego dla konkretnych schorzeń lub przez psychofizjologów jako cechującego różne choroby somatyczne.

a. Jako syndrom charakterystyczny dla konkretnych chorób somatycznych

W tym tradycyjnym ujęciu wyodrębniono grupę tzw. chorób psychosomatycznych, w etiologii których istotną rolę odgrywały czynniki psychologiczne [1, 17]. Przedstawiciele omawianego nurtu uważali, że traumatyczne doświadczenia z dzieciństwa prowadzą do powstania konfliktów będących przyczyną określonych chorób [1, 18]. Poczawszy od Dunbar [9], która mówiła o istnieniu osobowości podatnych na wystąpienie konkretnych chorób, kolejni badacze szukali właściwości osobowościowych charakteryzujących jednostki z różnymi schorzeniami somatycznymi.

W tym ujęciu zespół psychosomatyczny był inny dla każdej jednostki chorobowej, ale także jednoznacznie wskazywał na psychologiczne przyczyny poszczególnych schorzeń somatycznych. W tym ujęciu zainteresowanie badaczy koncentrowało się przede wszystkim wokół uwarunkowań niektórych chorób, określanych jako psychosomatyczne właśnie ze względu na udział czynników psychicznych w ich powstawaniu. Nie brano pod uwagę czynników psychicznych w chorobach mających podłoże organiczne, nie dokonywano analizy przebiegu chorób i ich kontekstu z psychologicznego punktu widzenia. Współczesny stan wiedzy nie daje podstaw do takiego myślenia i nakazuje odrzucić założenie, że konkretne czynniki psychologiczne mają swój udział w etiologii konkretnych schorzeń.

b. Jako objawy charakterystyczne dla różnych chorób somatycznych

Kolejny nurt prowadzący do rozwoju medycyny psychosomatycznej opierał się na badaniach psychofizjologicznych [18]. Pionierem był fizjolog Iwan Pawłow, zajmujący się teorią odruchów warunkowych, która okazała się przydatna w medycynie psychosomatycznej [22].

Walter Cannon [22] zauważył, że pewnym emocjom (np. strachu) towarzyszą reakcje fizjologiczne przygotowujące ciało człowieka do ataku lub ucieczki. Emocje te sprawiają, że ciało jest przygotowane do błyskawicznej reakcji w sytuacji zagrożenia. Jeśli zagrożenie będzie utrzymywać się przez dłuższy czas, może doprowadzić do zaburzeń czynnościowych organizmu, a nawet zmian organicznych narządów i/lub układów. W ten sposób emocje mogą wpływać na zmiany w układzie autonomicznym i przyczyniać się do powstawania chorób.

Zgodnie z hipotezą badaczy, którzy zwracali uwagę na rolę emocji w powstawaniu chorób somatycznych, każdy człowiek posiada charakterystyczny dla siebie wzór reagowania emocjonalnego na różne bodźce, który zależy od rodzaju i intensywności działającego bodźca, cech osobowości oraz stałego sposobu (wzoru) reagowa-

nia fizjologicznego. Na bazie ich teorii swobodnego pobudzania i reagowania rozwijano koncepcje znaczenia stresorów w patogenezie chorób [6, 46].

Zaburzenia somatyczne tłumaczono jako niespecyficzną reakcję organizmu w odpowiedzi na działanie stresorów [44]. Klasykiem tego podejścia był *Hans Selye* [43], który opierając się na teorii *Waltera Cannona* i własnych badaniach opisał patogenezę stresu [22]. Uważał on, że choroby powstają wskutek działania niespecyficznego stresora na narząd, który jest konstytucjonalnie słaby. Pod pojęciem stresora *Hans Selye* rozumiał wszystkie fizyczne, chemiczne i emocjonalne czynniki działające stresująco na organizm, czyli prowadzące do niespecyficznego zmian funkcjonalnych lub organicznych. Bodziec nie jest stresorem sam w sobie, lecz staje się nim w wyniku interpretacji poznawczej. Stres, zarówno fizyczny jak i emocjonalny, powoduje aktywację mechanizmów przystosowawczych zwanych zespołem adaptacji, będącym nieswoistą reakcją zachodzącą w trzech fazach: reakcji alarmowej, odporności i wyczerpania. Faza wyczerpania prowadzi do załamania się mechanizmów regulacyjnych, których pierwotną rolą jest ochrona organizmu, oraz do powstania nieodwracalnych zmian somatycznych [43]. Współczesne badania jednoznacznie dowodzą, że stres, zwłaszcza przewlekły, obniża odporność organizmu i zwiększa podatność na choroby [17, 27]. Oznacza to, że jeśli siła intensywności bodźca, czas jego działania lub częstotliwość pojawiania się przekraczają zdolności adaptacyjne organizmu, dochodzi nie tylko do powstania zaburzeń czynnościowych poszczególnych narządów, ale także do zmian strukturalnych w ich obrębie [17, 43].

Współcześnie wyjaśnianiem wpływu stresu i innych zdarzeń psychospołecznych na stan organizmu zajmuje się psychoneuroimmunologia. Odkrycia szczegółowych mechanizmów funkcjonowania poszczególnych układów pozwalają bliżej określić powiązania między nimi oraz mechanizmy fizjologiczne prowadzące do zaburzeń w funkcjonowaniu układu odpornościowego [16, 28].

Wyników badań, które wskazują na niekorzystny udział różnych właściwości psychologicznych dla zdrowia somatycznego jest wiele. Szczególnie istotną rolę pełni negatywna emocjonalność, która przejawia się w tendencji do przeżywania negatywnych emocji, takich jak lęk, gniew i depresja. Jest ona predyktorem zwiększonego ryzyka zachorowania i śmiertelności [5, 40]. Ponadto sprzyja wystąpieniu chorób oraz wpływa na ich zdecydowanie gorszy przebieg. Negatywna emocjonalność ujawnia związek z tendencją do zgłaszania przez ludzi większej liczby skarg dotyczących zdrowia [5, 7, 53] oraz większej wrażliwości na doświadczany ból [55]. Jest ona m.in. czynnikiem ryzyka chorób kardiologicznych [38]. Gniew i wrogość, szczególnie w połączeniu z neurotyzmem i introwersją, okazały się niekorzystnie wpływające na zdrowie [33], prowadząc do zmian czynnościowych narządów wewnętrznych [30]. Negatywne procesy emocjonalne, powodując stłumienie lub rozregulowanie mechanizmów immunologicznych, przyczyniają się do rozwoju wielu cho-

rób [41, 42]. Sposób, w jaki przebiegają procesy emocjonalne, może być istotnym czynnikiem pośredniczącym w powstawaniu chorób somatycznych [19, 20]. Częste doświadczanie wrogości powoduje aktywację neuroendokrynnej osi stresu, powodując wzrost ciśnienia krwi i tętna [48]. Wyniki tych badań nie budzą wątpliwości, jednak czasami trudno tu mówić o zespole, gdyż podkreśla się tylko znaczenie pojedynczego objawu.

Wyniki badań wskazywały także na istnienie bardziej złożonych zespołów cech i właściwości, których współwystępowanie ma negatywny skutek synergistyczny dla zdrowia somatycznego. Stwierdzono, że u ludzi słabo radzących sobie stres może prowadzić do osłabienia funkcjonowania układu odpornościowego. Solomon uważa, iż może istnieć „osobowość podatna na osłabienie odporności”, co w interakcji z określonymi czynnikami patogenetycznymi prowadzi do choroby [28, 49]. Do najpowszechniej omawianych i uznanych złożonych stylów zachowania sprzyjających rozwojowi chorób należą wzór zachowania A, wzór zachowania C i osobowość typu D.

W wyniku obserwacji pacjentów z chorobą wieńcową i z zawałem serca stworzono koncepcję wzoru zachowania A (WZA), traktowanego jako specyficzny styl życia oraz charakteryzującego się określonym sposobem zachowania. Najczęściej upatrywano jego związek z chorobami układu krążenia [31, 54]. Przez wielu autorów jest on uznawany za najmocniejsze potwierdzenie bezpośredniej zależności między specyficznym wzorcem emocjonalnym a konkretnym zachowaniem [21]. Takie cechy, jak chroniczne podenerwowanie, ukryta pasywność, stłumiona wrogość, mogą ułatwiać wystąpienie chorób serca. Niespecyficzny wpływ WZA na funkcjonowanie układu immunologicznego, poprzez układ nerwowy i hormonalny, może powodować immunosupresję lub immunostymulację [28].

Wzór zachowania C (WZC) nie jest tak powszechnie uznawany jak WZA. Pomimo wielu kontrowersji nadal jednak do niego się nawiązuje. Badania i obserwacja chorych onkologicznie pozwoliły na wyodrębnienie zespołu cech, które zwiększają podatność na zachorowanie na choroby nowotworowe. Mimo że nie ma zgody wśród badaczy co do liczby tych cech, to jednak niektóre właściwości osobowościowe są opisywane prawie we wszystkich doniesieniach. Próbowano je uogólnić określając jako wzór zachowania C [2], cechujący osoby zależne i uległe, skłonne do poświęceń kosztem siebie, tłumiące swoje uczucia, z cechami osobowości aleksytymicznej [4, 29]. Współcześnie odchodzi się jednak od statycznego ujmowania przyczyn psychologicznych na rzecz pewnych dynamicznych właściwości pojawiających się w życiu osób, które w późniejszym czasie chorują na chorobę nowotworową. Szczególny nacisk kładzie się na sytuację emocjonalną po stracie obiektu miłości, czyli tego, co miało dużą wartość dla chorego [4, 47].

Osobowość typu D jest najpóźniej wyodrębnionym specyficznym rodzajem osobowości, charakteryzowanym przez dwa wymiary: negatywną emocjonalność i spo-

łeczne wycofanie. Jednostki z osobowością tego typu charakteryzują się tendencją do doświadczania negatywnych emocji - depresji, lęku, gniewu lub wrogości, mają negatywną percepcję siebie i zgłaszają wiele skarg na dolegliwości somatyczne. Poza tym prezentują tendencję do społecznego wycofania się, czyli unikowego stylu kontaktowania się z innymi, do unikania potencjalnego niebezpieczeństwa wynikającego z interakcji społecznych, takich jak brak aprobaty ze strony innych. Takie osoby często czują się niekomfortowo, są napięte i nie mają poczucia bezpieczeństwa, gdy spotykają się z innymi [32, 45]. Negatywna emocjonalność i społeczne wycofanie się są powiązane z postrzeganiem środowiska społecznego jako takiego, które nie daje wsparcia.

Interakcja tych dwu wymiarów daje typ osobowości D, która zwiększa ryzyko wystąpienia między innymi choroby wieńcowej, gdyż tłumienie emocji jest powiązane z większą reaktywnością sercowo-naczyniową, zwiększając czterokrotnie śmiertelność w tej grupie chorych [8]. Osobowość typu D jest powiązana ze wzrostem depresji i lęku u pacjentów po zabiegach kardiologicznych [34]. Dzieje się tak, ponieważ stany emocjonalne charakterystyczne dla osobowości typu D są powiązane z aktywnością osi stresowej HPA (podwzgórze-przysadka-kora nadnerczy), w tym głównie ze zwiększonym poziomem kortyzolu - hormonu stresu [45].

Współczesna propozycja - zespół psychosomatyczny jako syndrom, który towarzyszy schorzeniom somatycznym

W wyniku niezadowolenia klinicystów z istniejącego obecnie sposobu oceny udziału czynników psychologicznych w chorobach somatycznych przy okazji tworzenia kolejnej wersji systemu klasyfikującego DSM-V powstały propozycje zmiany, z których na szczególną uwagę zasługuje propozycja Favy i Sonino, nazwana Psychologiczne Czynniki Oddziałujące na Stan Somatyczny (*Psychological Factors Affecting Medical Conditions*) [10, 12, 24]. Niektóre z nich zostały opisane w literaturze jako powiązane ze schorzeniami psychosomatycznymi. To powiązanie jest rozumiane szeroko, jako:

1. niekorzystne oddziaływanie czynników psychologicznych na przebieg i leczenie albo
2. czynniki ryzyka dla zdrowia lub
3. powiązane ze stresem odpowiedzi fizjologiczne.

Te zespoły, zdaniem autorów, mogą użyczyć kliniczną specyfikację właśnie w kategorii psychologiczne czynniki oddziałujące na stan somatyczny i wyeliminują potrzebę stosowania kategorii zaburzenia somatoforniczne w ramach klasyfikacji DSM-IV. Stale powiększająca się ilość wyników z badań jest ważnym argumentem na poparcie tego nowego podejścia [10, 35, 36, 39, 50].

Należy zauważyć, że zaburzenia występujące pod postacią somatyczną (*somatiform disorder*), które pojawiły się już DSM-III nie spełniły do końca pokładanej w nich nadziei i są dosyć powszechnie krytykowane. Autorzy tej propozycji [10] chcą rozwinąć istniejącą już kategorię czynników psychologicznych powiązanych ze stanem

somatycznym i to nie jako części zaburzeń somatofornicznych, którą oceniają jako kategorię niejasną i nieprecyzyjną oraz nieuwzględniającą klinicznej specyfiki. *The Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research* (DCPR) został zaproponowany przez międzynarodową grupę badaczy zajmujących się psychosomatyką jako narzędzie do oszacowania psychologicznego dystresu w grupie pacjentów somatycznych i został określony, jako bardziej odpowiedni niż kryteria DSM-IV w identyfikowaniu dystresu i niskiej jakości życia w populacjach osób chorych somatycznie.

Fava z zespołem [10] proponują rozszerzenie kategorii DCPR o trafne i rzetelne kwalifikatory, które pozwolą dokładniej i bardziej precyzyjnie opisać czynniki psychologiczne. Na kliniczną specyfikację tych zespołów składają się z jednej strony kryteria diagnostyczne DSM-IV dla diagnozy zaburzeń somatofornicznych (np. hipochondrii) oraz kilka syndromów, które wywodzą się z Diagnostycznych Kryteriów dla Badań Psychosomatycznych (DCPR), a ponadto pojęcie nieprawidłowych zachowań powiązanych z chorobą. Według *Pilowsky'ego* te nieprawidłowe zachowania w chorobie charakteryzują się trwałym sposobem nieadaptacyjnego reagowania, doświadczania, oceniania i reagowania na czyjś stan zdrowia wbrew faktom, pomimo że lekarz dostarczył jasnej i dokładnej oceny sytuacji i sposobu postępowania.

Do Psychologicznych Czynników Oddziałujących na Stan Somatyczny zaliczono:

1. Hipochondrię - na którą składają się: (a) kognitywny komponent: nieprawidłowa interpretacja prawidłowych sygnałów z ciała oraz emocjonalne trwałe zaabsorbowanie nimi prowadzące do przekonania, że są one wynikiem choroby; (b) uczuciowy element: lęk przed chorobą; (c) behawioralna zmiana, która doprowadza do dystresu i zmniejszenia aktywności w ważnych obszarach działania, między innymi społecznym i zawodowym oraz szukania wsparcia.

2. Fobię przed chorobą (*disease phobia*) - kryteria DCPR konceptualizują fobię przed chorobą następująco: (a) uporczywy, nieuzasadniony strach przed cierpieniem na określoną chorobę (np. AIDS, rak) oraz utrzymujące się wątpliwości pomimo negatywnych wyników badań; (b) lęk manifestuje się raczej w atakach, niż w stałych, chronicznych zmartwieniach, jak w hipochondrii; dlatego ataki paniki mogą być istotną cechą tego syndromu; (c) przedmiot strachu nie zmienia się z czasem, a trwanie symptomów przewyższa 6 miesięcy. Fobia przed chorobą nie jest włączona do DSM-IV.

3. Zaprzeczanie chorobie (*illness denial*) - jest to uporczywe zaprzeczenie objawom i potrzebie leczenia (np.: brak zgody na leczenie, opóźnianie szukania pomocy medycznej pomimo poważnych i uporczywych symptomów), jako reakcja na symptomy, diagnozę, albo pomoc medyczną dla zaistniałej choroby somatycznej.

4. Trwałe somatyzacje (*persistent somatization*) - funkcjonalne zaburzenia somatyczne, np. zmęczenie, astenia (6 m-cy) po zaistnieniu zdarzenia dystresującego lub po powtarzających się działaniach leczniczych,

Tabela I

Występowanie syndromów wg DCPR w schorzeniach medycznych.

Occurrence of syndromes DCPR in medical illnesses.

Syndrom DCPR	Schorzenie					
	Chorzy dermatologiczne [35, 36]	Chorzy po zawale mięśnia sercowego [39]	Chorzy z rakiem piersi [15]	Chorzy endokrynologicznie [50, 51]	Pacjenci medyczni ogólnoszpitalni [12, 14]	Zdrowi [24]
1. Hipochondrię						
2. Fobię przed chorobą					+	
3. Zaprzeczanie choroby					+	
4. Trwale somatyzację	+			+	+	
5. Symptomy konwersji						
6. Zespół zaniechania / rezygnacji	+		+	+	+	
7. Nastrój irytacji	+	+		+		+
8. Alekstyymia			+		+	+
9. Wzór zachowania A	+	+			+	+

w wyniku których obniża się jakość życia. Ponadto można obserwować symptomy z autonomicznego układu nerwowego, które wiążą się z niską odpornością na ból i wysoką sugestywnością.

5. Symptomy konwersji (*conversion symptoms*) - są to symptomy powiązane z funkcjonowaniem motorycznym lub sensorycznym; mało wiarygodne z autonomicznego lub fizjologicznego punktu widzenia, niepotwierdzone badaniami laboratoryjnymi i odbiegające od klinicznej charakterystyki schorzenia; powinny być jednoznacznie wywołane dystresem albo powtarzającym się medycznym leczeniem i kończyć się obniżeniem jakości życia; mogą być obserwowane histrioniczne cechy osobowości u chorego.

6. Zespół zaniechania/rezygnacji (*giving up or demoralization*) - (a) odczuwany stan jest wyrażony w przekonaniu pacjenta, że nie podoła swoim własnym oczekiwaniom (albo oczekiwaniom innych) albo będzie niezdolny, by poradzić sobie z jakimiś pilnymi problemami; pacjent doświadcza uczucia bezradności, beznadziejności lub rezygnacji; (b) taki stan się przedłuża i jest uogólniony (co najmniej trwa 1 miesiąc); (c) to uczucie jest poprzedzone wystąpieniem choroby somatycznej albo jej pogorszeniem.

7. Nastrój irytacji (*irritable mood*) - stan uczuciowy opisywany przez obniżenie kontroli, który kończy się werbalnymi i behawioralnymi wybuchami; może być doświadczany jako krótkie epizody w szczególnych okolicznościach, albo może ulegać przedłużeniu i uogólnieniu. Doświadczenie drażliwości jest zawsze nieprzyjemne dla osoby, tym bardziej, że obserwowana jest jawna manifestacja braku efektów oczyszczenia emocjonalnego, które mogłyby posłużyć jako usprawiedliwienie wybuchów gniewu. To uczucie wywołał stres powiązany z fizjologiczną odpowiedzią na wystąpienie choroby somatycznej lub jej objawów [10, 26].

Ponadto, alekstyymia i wzór zachowania A [24] są także traktowane jako syndro-

my *Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research*. Autorzy są ciągle otwarci na nowe propozycje, o ile są one poparte wynikami badań potwierdzającymi ich znaczenie dla przebiegu chorób somatycznych.

Należy zwrócić uwagę na fakt, iż ocenienie u pacjentów co najmniej jednego z zaburzeń DSM-IV lub syndromu DCPR wiązało się ze znacznie bardziej stresującymi warunkami życia, cierpieniem psychicznym i generalnie obniżoną jakością życia w porównaniu do tych osób, zarówno chorych jak i zdrowych, u których nie zdiagnozowano takich zaburzeń.

Przy tak rozumianym zespole psychosomatycznym odpadł problem jego udziału i znaczenia w etiologii schorzeń psychosomatycznych, gdyż akcent został położony na obecność tych syndromów i ich niekorzystny wpływ na przebieg choroby. Takie myślenie przyświecało już autorom ICD-10 i DSM-IV, którzy skoncentrowali się na obrazie klinicznym zaburzeń a nie na etiopatogenezie, jak to było we wcześniejszych wersjach systemów klasyfikacyjnych.

Podsumowanie

Każdy ze sposobów interpretacji zespołu psychosomatycznego wnosi pewne wartości w jego zrozumienie i praktyczne zastosowanie. Jeżeli jednak weźmiemy pod uwagę, iż dotyczy on przed wszystkim osób z chorobami somatycznymi, przez co wyznacza miejsce swojego zastosowania, to rozumienie zespołu psychosomatycznego jako syndromu charakterystycznego dla konkretnych chorób somatycznych nie jest zasadne. Między innymi dlatego, że badania go nie potwierdzają, że nie jest zgodny z medycznym rozumieniem powstania i rozwoju chorób, a przez swoją zasadniczość i romantyczny język jakim operuje utrudnia możliwości porozumienia się psychologów z innymi grupami zawodowymi.

Zespół psychosomatyczny rozumiany jako objawy charakterystyczne dla różnych chorób somatycznych, ma dosyć szerokie

zastosowanie na gruncie psychologii medycznej, wyniki badań go potwierdzają. Wydaje się jednak, że jest pewien problem. W ramach tak rozumianego zespołu psychosomatycznego panuje duża dowolność, wymienia się coraz więcej właściwości psychologicznych, które mogą pełnić taką rolę i nie ma jednoznacznych kryteriów diagnozowania oraz nie zawsze jest on zespołem, czasami tylko szkodliwym dla zdrowia objawem.

Zespół psychosomatyczny jako zaburzenie, które towarzyszy schorzeniom medycznym cechuje się jednoznacznymi kryteriami diagnozowania (uwzględniającymi aspekty emocjonalne, poznawcze i behawioralne), jego występowanie znajduje potwierdzenie w wynikach badań. Ze względu na język jakim operuje jest zrozumiały dla personelu medycznego, co ułatwi porozumiewanie się i włączenie w proces diagnozy prowadzony w placówkach systemu ochrony zdrowia.

Jeżeli celem psychologii klinicznej jest wspieranie medycyny to system DCPR przez to, że jest precyzyjny i posługuje się tym samym aparatem pojęciowym wydaje się do tego najbardziej odpowiedni. Pokazuje on w sposób jednoznaczny udział psychologii w procesie leczenia, a gdy efekt terapeutyczny nie jest taki jak oczekiwano to pomaga odpowiedzieć na pytanie dlaczego tak się stało. Autorzy tej propozycji stworzyli także narzędzie do pomiaru wyodrębnionych zespołów, a wykonane przy jego pomocy badania wskazują na występowanie syndromów DCPR w różnych schorzeniach, także w grupie osób zdrowych (tabela I). Prace nad polską wersją tej metody trwają w zespole interdyscyplinarnym, dzięki czemu będzie można ocenić jej przydatność w polskich warunkach.

Autorzy [51] podkreślają, by pamiętać o lęku i depresji, których rola w przebiegu chorób somatycznych została potwierdzona wieloma badaniami. Wskazują także na znaczenie nieprawidłowych zachowań związanych ze stylem życia i stresem, zarówno tym dotyczącym dnia codziennego, jak i zdarzeń krytycznych. Skuteczna rehabilitacja powinna być prowadzona przez zespół specjalistów, w tym psychologa i winna zapewnić edukację pacjentów na odpowiednim poziomie, ale także mieć na celu udzielanie wsparcia chorym i ich rodzinom oraz pomoc w powrocie do zdrowia w sytuacji nawrotu choroby.

Piśmiennictwo

- Alexander F.: Psychological aspects of medicine. Psychosom. Med. 1939, 1, 7.
- Baltrusch H., Gąsiorowski J., Baltrusch E.: Wizerunek ciała pacjentów z chorobą nowotworową na podstawie rysunków postaci ludzkiej. Sztuka Leczenia 1996, 2, 47.
- Bilikiewicz T.: Psychiatria kliniczna. PZWL, Warszawa 1988.
- Chojnacka-Szawłowska G.: Następstwa psychologiczne nowotworu gruczołu piersiowego i narządów rodnych. Ossolineum, Warszawa 1994.
- Cohen S., Pressman S.D.: Positive affect and health. Curr. Dir. Psychol. Sci. 2006, 15, 122.
- Czubalski K.: Medycyna psychosomatyczna - koncepcje, cele, metody. Pol. Tyg. Lek. 1977, 32, 1857.
- Denollet J.: Negative affectivity and repressive coping: pervasive influence on self-reported mood, health, and coronary-prone behavior. Psychol. Med.

- 1991, 53, 538.
8. **Denollet J., Sys S.U., Stroobant N. et al.:** Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease. *Lancet* 1996, 347, 417.
 9. **Dunbar F.H.:** Introductory statement. *Psychosom. Med.* 1939, 1, 3.
 10. **Fava G.A., Fabbri S., Sirri L. et al.:** Psychological Factors Affecting Medical Condition: a new proposal for DSM-V. *Psychosomatics* 2007, 48, 103.
 11. **Freeman M.J.:** The standardization of a psychosomatic test: validation of a psychosomatic syndrome. *J. Pers.* 1950, 19, 229.
 12. **Galeazzi G.M., Ferrari S., Mackinnon A. et al.:** Interrater Reliability, Prevalence, and Relation to ICD-10 Diagnoses of the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research in Consultation-Liaison Psychiatry Patients. *Psychosomatics* 2004, 45, 386.
 13. **Giejbatow D.:** Psychoneuroimmunologia. Nowe podejście do starego zagadnienia. *Nowiny Psychologiczne* 2000, 4, 5.
 14. **Grassi L., Mangelli L., Fava G. et al.:** Psychosomatic characterization of adjustment disorders in the medical setting: Some suggestions for DSM-V. *J. Affect. Disord.* 2007, 101, 251.
 15. **Grassi L., Rossi E., Sabato S.:** Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research and Psychosocial Variables in Breast Cancer Patients. *Psychosomatics* 2004, 45, 483.
 16. **Hankała A.:** Rola układu immunologicznego w przezwyciężaniu stresu. *Zdrowie Psychiczne* 1993, 34, 64.
 17. **Heszen I., Sęk H.:** Psychologia zdrowia. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
 18. **Heszen-Niejodek I., Wrześniewski K.:** Udział psychologii w rozwiązywaniu problemów zdrowia somatycznego. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000, t. 3., 443.
 19. **Kiecolt-Glaser J.K., Cacioppo J.T., Malarkey W.B. et al.:** Acute psychological stressors and short-term immune changes: What, why, for whom, and to what extent? *Psychosom. Med.* 1992, 54, 680.
 20. **Kiecolt-Glaser J.K., Glaser R.:** Psychoneuroimmunology and health consequences: data and shared mechanisms. *Psychosom. Med.* 1995, 57, 269.
 21. **Leventhal H., Patrick-Miller L.:** Emocje a choroby somatyczne - przyczyny i wskaźniki podatności na zachorowanie. W: M. Lewis, J.M. Haviland-Jones (red.), *Psychologia emocji*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005, 657.
 22. **Luban-Plozza B., Pödingner W., Kröger F. et al.:** Zaburzenia psychosomatyczne w praktyce lekarskiej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1995.
 23. **Maier S.F., Watkins L.R., Fleshner M.:** Psychoneuroimmunologia. O współzależnościach pomiędzy zachowaniem, mózgiem i odpornością. *Nowiny Psychologiczne* 1997, 1, 5.
 24. **Mangelli L., Semprini F., Sirri L. et al.:** Use of the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research (DCPR) in a Community Sample. *Psychosomatics* 2006, 47, 143.
 25. **Mangelli L., Bravi A., Fava G.A. et al.:** Assessing Somatization With Various Diagnostic Criteria - DCPR. *Psychosomatics* 2009, 50, 38.
 26. **Mausch K.:** Psychika, system immunologiczny a problemy zdrowia i choroby. *Psychiatr. Pol.* 1995, 29, 435.
 27. **Mausch K.:** Psychologiczne właściwości człowieka a stan układu immunologicznego. *Pomorska Akademia Medyczna, Szczecin* 2000.
 28. **Mirski A.:** Udział czynników psychologicznych w etiologii chorób nowotworowych. *Sztuka Leczenia* 1995, 1, 55.
 29. **Nasiłowska-Barud A., Markiewicz M.:** Psychologiczne problemy u chorych z cukrzycą i zawałem serca. *Wiad. Lek.* 1993, 46, 167.
 30. **Ogińska-Bulik N.:** Cechy osobowości i wzór zachowania a ryzyko chorób psychosomatycznych. *Zdrowie Psychiczne* 1994, 1, 128.
 31. **Ogińska-Bulik N.:** Stres zawodowy w zawodach usług społecznych. Źródła - konsekwencje - zapobieganie. *Difin, Warszawa* 2006.
 32. **Ogińska-Bulik N., Juczyński Z.:** Osobowość, stres a zdrowie. *Difin, Warszawa* 2008.
 33. **Pedersen S.S., Ong A. T., Sonnenschein K. et al.:** Type D personality and diabetes predict the onset of depressive symptoms in patients after percutaneous coronary intervention. *Diabetes Care* 2000, 23, 1321.
 34. **Picardi A., Pasquini P., Abeni D. et al.:** Psychosomatic assessment of skin disease in clinical practice. *Psychother. Psychosom.* 2005, 74, 315.
 35. **Picardi A., Porcelli P., Pasquini P. et al.:** Integration of Multiple Criteria for Psychosomatic Assessment of Dermatological Patients. *Psychosomatics* 2006, 47, 122.
 36. **Pollack K.:** *Uczniowie Hipokratesa*. Wiedza Powszechna, Warszawa 1970.
 37. **Pulkki-Raback L.:** Temperament, socioeconomic status and cardiovascular risk. *Uniwersytet Helsiński, Helsinki* 2004.
 38. **Rafanelli C., Roncuzzi R., Finos L. et al.:** Psychological Assessment in Cardiac Rehabilitation. *Psychother. Psychosom.* 2003, 72, 343.
 39. **Richman L.S., Kubzansky L., Maselko J. et al.:** Positive emotion and health: going beyond the negative. *Health Psychol.* 2005, 24, 422.
 40. **Seegerstrom S.C., Taylor S.E., Kemeny M.E. et al.:** Optimism is associated with mood, coping and immune change in response to stress. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1998a, 74, 1646.
 41. **Seegerstrom S.C., Solomon G.F., Kemeny M.E. et al.:** Relationship of worry to immune sequelae of the Northridge earthquake. *J. Behav. Med.* 1998b, 21, 433.
 42. **Selye H.:** Adaptive reactions to stress. *Psychosom. Med.* 1950, 12, 149.
 43. **Sęk H.:** Wprowadzenie do psychologii klinicznej. Wydawnictwo Naukowe "Scholar", Warszawa 2001.
 44. **Sher L.:** Type D personality: the heart, stress, and cortisol. *QJM: Int. J. Med.* 2005, 98, 323.
 45. **Sheridan C., Radmacher S.A.:** Psychologia zdrowia: wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia. *Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa* 1998.
 46. **Simonton O.C., Matthews-Simonton S.:** Systemy przekonań, a kierowanie emocjonalnymi aspektami złośliwych chorób nowotworowych. *Nowiny Psychologiczne* 1989, 1, 31.
 47. **Smith T.W.:** Hostility and health: current status of a psychosomatic hypothesis. *Health Psychol.* 1992, 11, 139.
 48. **Solomon G.:** Emocje, odporność i choroba. Perspektywa historyczna i filozoficzna. *Nowiny Psychologiczne* 1990, 1-2, 117.
 49. **Sonino N., Fallo F., Fava G.A.:** Psychological Aspects of Primary Aldosteronism. *Psychother. Psychosom.* 2006, 75, 327.
 50. **Sonino N., Fava G.A.:** Rehabilitation in endocrine patients: a novel psychosomatic approach. *Psychother. Psychosom.* 2007, 76, 319.
 51. **Sonino N., Navarrini C., Ruini C. et al.:** Persistent Psychological Distress in Patients Treated for Endocrine Disease. *Psychother. Psychosom.* 2004, 73, 78.
 52. **Watten R.G., Vassend O., Myhrer T. et al.:** Personality factors and somatic symptoms. *Eur. J. Pers.* 1997, 11, 57.
 53. **Wrześniewski K.:** Styl życia, a zdrowie. Wzór Zachowania A. *Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN, Warszawa* 1993.
 54. **Zautra A.J., Johnson L.M., Davis M.C.:** Positive affect as a source of resilience for women in chronic pain. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2005, 73, 212.