

Tudorowska Malwina. Problematyka medycyny psychosomatycznej – od historii do współczesności = The issue of Psychosomatic Medicine – form history to nowadays. Journal of Education, Health and Sport. 2016;6(6):121-134. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.54716>
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/3561>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 755 (23.12.2015).
755 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7

© The Author (s) 2016;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 05.05.2016. Revised 25.05.2016. Accepted: 25.05.2016.

Problematyka medycyny psychosomatycznej – od historii do współczesności

The issue of Psychosomatic Medicine – form history to nowadays

Malwina Tudorowska

Katedra Pielęgniarstwa Zachowawczego, Zakład Pielęgniarstwa Psychiatrycznego,
Collegium Medicum w Bydgoszczy,
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
Department of Preventive Nursing,
Institute of Psychiatric Nursing Collegium Medicum in Bydgoszcz,
Nicolaus Copernicus University in Toruń

Adres do korespondencji/Address to correspondence:

mgr Malwina Tudorowska
Katedra Pielęgniarstwa Zachowawczego
Zakład Pielęgniarstwa Psychiatrycznego
Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy UMK w Toruniu,
ul. Łukasiewicza 1, 85-821 Bydgoszcz
tel.: (52) 585-58-22, tel./fax: (52) 585-58-49
e-mail: malwina.tudorowska@gmail.com

Streszczenie

U źródeł rozumienia medycyny psychosomatycznej znajdują się odniesienia do starożytnej myśli greckiej (Platon Hipokrates, Galen) na temat jedności i wzajemnych powiązań ciała i duszy. Początków rozwoju medycyny psychosomatycznej upatruje się w latach 40. XX wieku. Wówczas domagano się spojrzenia na całego człowieka, na zdrowie i chorobę w perspektywie jego problemów psychologicznych i warunków środowiska. Pierwsi lekarze interesujący się zaburzeniami psychosomatycznymi, jak Franz Aleksander czy Flanders Dunbar, byli psychoanalitykami. Zwracali oni uwagę, że przyczyn chorób medycyna powinna poszukiwać przyczyn chorób nie tylko w czynnikach fizycznych, tj. drobnoustrojach, urazach czy niewłaściwych genach, ale także w cechach osobowości, utrwalonych sposobach zachowań czy traumach psychicznych. Rozwój tej dziedziny medycyny przyczynił się do obecnego rozumienia człowieka w sposób holistyczny zarówno w zdrowiu, jak i chorobie. Współczesna medycyna psychosomatyczna jest propozycją uprawiania medycyny klinicznej, a także promocji zdrowia i profilaktyki. Praca ma na celu przybliżenie rozwoju myślenia dotyczącego etiologii chorób i zaburzeń w kierunku poszukiwania syntez. Ważne jest również podkreślenie jak istotna jest współpraca medyków i psychologów w procesie diagnostycznym i leczniczym wielu schorzeń.

Słowa kluczowe: medycyna psychosomatyczna, zaburzenia psychosomatyczne, psychoneuroimmunologia.

Abstract

At the source of the understanding of psychosomatic medicine are references to ancient Greek thought (Plato, Hippocrates, Galen) on the unity and interconnectedness of body and soul. The 40's of the twentieth century are considered to be the beginning of the development of psychosomatic medicine. It was demanded to look at the whole human, on individual's health and disease in the perspective of psychological problems and environmental conditions. The first physicians with an interest in psychosomatic disorders, such as Franz Alexander and Flanders Dunbar, were psychoanalysts. They pointed out that medicine should identify not only physical factors, like microorganisms, injuries or the wrong genes as the etiology of illnesses. Also personality traits, established ways of behavior or psychological trauma are important to take into consideration. Development of psychosomatic medicine has contributed to the current understanding of human in a holistic way, both in health and disease. Modern psychosomatic medicine is a proposal to practice clinical medicine as well as health promotion and prevention. The aim of this article is to present the thinking of the etiology of diseases and disorders in the direction of the search for synthesis. It is also important to emphasize the importance of cooperation medics and psychologists in the diagnostic process and healing of many diseases.

Key words: psychosomatic medicine, psychosomatic disorders, psychoneuroimmunology.

Wprowadzenie teoretyczne w problematykę psychosomatyki

Psychosomatyka jest dziedziną wiedzy, umiejscowioną na pograniczu nauk psychologicznych oraz medycznych, przez co w swoim postępowaniu rozpatruje zależności, jakie zachodzą między właściwościami psychicznymi a stanem somatycznym człowieka, szczególnie w sytuacji choroby (Ścigąła, 2001).

Franz Alexander (1962) wskazuje, że pierwszym „psychosomatykiem” był Cynceron. W swoich słynnych *Rozprawach tuskulańskich* zwrócił uwagę, że emocje człowieka mogą stanowić etiologię zaburzeń jego zdrowia fizycznego. Już starożytni lekarze – Hipokrates i Galen – wysunęli koncepcję dotyczącą realnej zależności jaka występuje między psychicznym a somatycznym wymiarem człowieka. Ta monistyczna koncepcja człowieka, zakładająca brak rozdzielnosci ciała z duszą, zauważalna była również w pismach Platona oraz Arystotelesa (Ścigąła, 2001). Pierwszy z nich sformułował bardzo ważne stwierdzenie: „Część nigdy nie może być zdrowa, gdy nie jest zdrowa całość” (za: Schier, 2005, s. 19). Dopiero nowożytna myśl kartezjańska przyczyniła się do powstania koncepcji człowieka, według której umysł jest bytem niematerialnym, odrębnym od ciała. Współcześnie stanowisko dualistyczne jest stale weryfikowane, modyfikowane i dyskutowane w kręgu nauk medycznych (Ścigąła, 2001).

W 1818 roku niemiecki psychiatra Johan Ch. Heinroth (za: Wrześniewski, 2007) jako pierwszy użył w literaturze medycznej pojęcia „psychosomatyka”. Uważał, że przeżyte psychiczne konflikty wczesnodziecięce mogą w konsekwencji prowadzić do chorób somatycznych. Dopiero sto lat później, mniej więcej w latach dwudziestych i trzydziestych wraz z powstaniem medycyny psychosomatycznej, termin ten zyskał popularność europejskich środowiskach medycznych.

Zanim zostaną omówione poglądy klasyków medycyny psychosomatycznej, warto w tym miejscu przedstawić współczesne definicje dwóch terminów istotnych z perspektywy przedmiotu tej pracy – psychosomatyki oraz medycyny psychosomatycznej. Współcześnie termin psychosomatyka jest określeniem niejednoznacznym i stosowanym w literaturze przedmiotu w różnych kontekstach. W psychologii jest on używany w trzech znaczeniach. Po pierwsze, używa się go w opisie genezy psychologicznej zaburzeń somatycznych. Po drugie,

jest on wykorzystywany przy wyjaśnianiu relacji *psyche – soma*¹. Co istotne, wpływ czynników psychicznych na somatyczne określa się mianem relacji psychosomatycznej. Z kolei wpływ stanów somatycznych na procesy psychiczne człowieka to zależność somatopsychiczna. Po trzecie, pojęcie to ma zastosowanie w opisie określonego podejścia do pacjenta, co związane jest z uwzględnianiem jego problemów w zakresie funkcjonowania psychospołecznego (Wrześniewski, 2007).

Uznana wśród badaczy definicją współczesnej medycyny psychosomatycznej jest ta przedstawiona przez Giovanniego Favę oraz Nicolettę Sonino (2000). Według autorów medycyna psychosomatyczna to holistyczny, czyli całościowy system opieki nad pacjentem, który bierze pod uwagę rolę czynników psychicznych, społecznych oraz biologicznych, wpływających zarówno na podatność danej osoby na zachorowanie, jak i na rozwój oraz przebieg choroby. Ważne jest również stosowanie różnych form pomocy psychologicznej w profilaktyce, leczeniu oraz w procesie rehabilitacji osób chorych somatycznie.

Genezy medycyny psychosomatycznej upatruje się w koncepcjach psychoanalitycznych. Próby opisu przyczyn powstawania zaburzeń psychosomatycznych dokonywali Alexander oraz Flanders Dunbar (za: Wrześniewski, 2007). Pierwsze koncepcje mające na celu wyjaśnienie niektórych chorób somatycznych, koncentrowały się wokół teorii Zygmunta Freuda dotyczącej nieświadomych konfliktów wewnętrznych. Wysuwano tezy, że są one efektem wczesnodziecięcych traum (Alexander, French, 1948, za: Wrześniewski, 2007). Przykładowo, wrzody żołądka miały być efektem zaburzeń fazy oralnej rozwoju psychoseksualnego w zakresie niewłaściwego treningu karmienia niemowlęcia (Łazowski, 1978, za: Wrześniewski, 2007). Z kolei wczesną separację dziecka z matką łączono z wystąpieniem astmy (Hamilton, 1955, za: Wrześniewski, 2007). Takie wydarzenia jak wczesna śmierć któregoś z rodziców, ich rozwód, problemy w zakresie nauki szkolnej czy podjęcie pracy zarobkowej w adolescencji mogły być przyczyną wystąpienia choroby wieńcowej serca u osoby dorosłej (Bastiaans, 1968, za: Wrześniewski, 2007).

Jednym z twórców medycyny psychosomatycznej była wspomniana wyżej Dunbar. Upatrywała ona przyczyn chorób somatycznych w określonej osobowości osoby chorej. Wyniki jej badań klinicznych wskazały na to, że specyficzna konstrukcja cech osobowościowych pacjenta może predysponować do wystąpienia określonej jednostki

¹ Współcześnie określana problemem *body – mind* (Ścigała, 2001).

chorobowej: „osobowość wieńcowa”, „osobowość wrzodowca”, „osobowość astmatyka” itd. (Dunbar, 1943, za: Wrześniewski, 2007).

Kazimierz Wrześniewski (1998) prezentuje jeszcze inny sposób ujęcia medycyny psychosomatycznej przez Alexandra. Ten amerykański psychiatra i psychoanalityk uważał, że aby wystąpiła określona choroba somatyczna, muszą zaistnieć trzy czynniki:

1. określony układ cech osobowości, które związane są z wczesnodziecięcymi konfliktami psychicznymi;
2. zdarzenie, które wystąpiło bezpośrednio przed zachorowaniem, i które ponownie aktywuje stary konflikt;
3. konstytucjonalna słabość danego narządu organizmu.

Do rozwoju medycyny psychosomatycznej przyczynił się również drugi nurt, opierający się na badaniach psychofizjologicznych, które zostały uznane dopiero pod koniec lat trzydziestych. Wyrażało się to w znaczącym przesunięciu zainteresowań psychosomatyki z psychoanalitycznych koncepcji wyjaśniających przyczyny powstawania chorób w kierunku podejścia psychofizjologicznego. Jednym z pionierów nowoczesnej fizjologii, zwłaszcza badań nad fizjologicznymi mechanizmami emocji, był Walter Cannon (1931, za: Luban-Plozza i wsp., 1995). Jego badania wykazały, że organizm człowieka znajduje się w stałej gotowości do reagowania na zdarzenia niespodziewane. Dlatego w nagłej sytuacji dochodzi do zamiany tej gotowości na fizjologiczne zmiany przystosowawcze, które zachodzą za pośrednictwem podwzgórza. Następuje wtedy uruchomienie obronnych mechanizmów motorycznych, trzewnych i neurohormonalnych oraz równoczesny przekaz sygnałów do kory mózgu. Jednocześnie człowiek jest w stanie uświadomić sobie jakich emocji aktualnie doświadcza. Cannon wskazywał, że przedłużający się stan zagrożenia może okazać się niebezpieczny dla wydolności organizmu ze względu na możliwość rozwoju czynnościowych czy organicznych zmian w narządach i układach.

Hans Selye (1950, za: Luban-Plozza i wsp., 1995) był jednym z czołowych badaczy zagadnienia stresu. Opierając się między innymi na teoriach Cannona, opisał patogenzę stresu. Stworzył on termin „zespołu adaptacji”, który odnosił się do uruchomienia mechanizmów przystosowawczych w sytuacji pojawienia się stresu emocjonalnego lub fizycznego. Cały ten proces obejmuje trzy fazy: reakcji alarmowej, odporności oraz wyczerpania, które obejmują uogólnione pobudzenie organizmu, prowadzące do zaburzenia funkcji fizjologicznych i utraty zdolności obronnych. Konsekwencją tego są nieodwracalne

zmiany somatyczne. Aktualne badania psychologiczne dotyczące zdrowotnych skutków stresu wskazują, że przedłużający się stres psychologiczny powoduje obniżenie wydolności układu immunologicznego, a w konsekwencji zwiększoną podatność na zachorowanie (Heszen, Sęk, 2007).

Dla pełniejszego obrazu dalszej części niniejszej pracy poniżej została przedstawiona klasyfikacja zaburzeń psychosomatycznych zaproponowana przez Elżbietę Ścigałę (1993, za: Tylka, 2000). Według autorki choroby te można podzielić na trzy grupy:

1. choroby, których przyczynę stanowi bodziec psychiczny; w tej grupie znajdują się takie zaburzenia jak: nerwice wegetatywne, nawykowe wymioty, jadłowstręt psychiczny, niektóre postaci otyłości;
2. choroby, w których „czynnikiem istotnym, choć nie wyłącznym” są urazy psychiczne (Tylka, 2000, s. 121); tutaj możemy zaliczyć następujące choroby: wrzodowa choroba żołądka oraz dwunastnicy, zapalenie jelita grubego, choroba wieńcowa, samoistnie nadciśnienie tętnicze, dychawica oskrzelowa, choroby alergiczne (astma, atopowe zapalenie skóry);
3. choroby, w których „czynnik psychiczny jest czynnikiem zaostrzającym proces chorobowy” (Tylka, 2000, s. 121); są to: cukrzyca, nadczynność tarczycy, gościec pierwotnie przewlekły.

Powyższa klasyfikacja wskazuje kierunek rozwoju wielu zaburzeń psychosomatycznych, ściśle związany z urazem psychicznym. Stanowi istotną ramę teoretyczną kolejnej części pracy. Następnie zostaną przedstawione koncepcje etiologii zaburzeń psychosomatycznych z perspektywy rozwoju myśli psychoanalitycznej.

Zaburzenia psychosomatyczne w podejściu psychodynamicznym

Jak zostało wspomniane w poprzedniej części pracy, psychosomatyka ma swoje źródło w teoriach psychoanalitycznych i została ona stworzona przez lekarzy psychiatrów (Heszen, Sęk, 2007). Według przedstawicieli tego nurtu wszelkie zaburzenia psychosomatyczne łączą się z okresem wczesnego dzieciństwa. W tym czasie kształtuje się organizacja psychiczna dziecka w relacji z opiekunem, następuje także rozwój mechanizmów obronnych, co w efekcie stanowi podłoże przyszłych związków z otaczającym światem (Schier, 2005).

Pierwsze koncepcje psychoanalityczne powstawały w oparciu o teorię, jaką posługiwał się Freud (Alexander, French, 1948, za: Wrześniewski, 2007) w odniesieniu do nerwicy

konwersyjnej². Uważał on, że jej objawy somatyczne stanowią manifestację nieświadomych konfliktów wewnętrznych. Można je rozumieć jako przejaw kompromisu między siłami psychicznymi, przeciwstawiającymi się pragnieniom popędowym (Schier, 2005). Libido pozostaje w takiej sytuacji niezaspokojone, a jego energia lokuje się w określonym narządzie i tym samym wyraża się w formie objawów somatycznych (Alexander, French, 1948, za: Wrześniewski, 2007).

Wspomniany wcześniej psychiatra, Alexander (1939; 1943, za: Basińska, 2009), rozbudował wyżej omówioną koncepcję Freuda. Jednocześnie uważał on, że przyczyną choroby są tłumione bądź wypierane objawy fizjologiczne, które powstały na skutek doświadczania napięcia emocjonalnego we wcześniejszych okresach życia jednostki. Reaktywacja wczesnodziecięcych konfliktów może być przyczyną niemożności rozładowania tego napięcia, co w sytuacji aktualnie doświadczanych trudności może prowadzić do rozwoju procesu chorobowego.

Bardziej współczesny model procesu psychosomatycznego przedstawił Peter Kutter (1998). Jego koncepcja odbiega od tych zaprezentowanych przez Freuda i Alexandra, które bazowały głównie na teorii popędowej. Jego zdaniem czynnikiem, który prowadzi do wystąpienia choroby psychosomatycznej, jest doświadczenie straty (na przykład śmierć, rozstanie z bliską osobą lub znaczące rozczarowanie sobą). W takiej sytuacji na początku osoba podejmuje wysiłki w kierunku przepracowania urazu na poziomie psychicznym. Może ona podjąć wysiłek rozwiązania problemu na poziomie świadomym, dojrzałym, próbując ustalić relację wobec osoby, która stała się przyczyną bolesnego doświadczenia. Drugim sposobem jest uruchomienie neurotycznych mechanizmów obronnych (jest to proces nieświadomy), przez co mogą pojawić się u takiej osoby symptomy nerwicowe. W fazie drugiej ciało zaczyna bronić się w sposób bardziej bezpośredni – powstają zaburzenia funkcji cielesnych (dochodzi do „somatyzacji”³). Utrzymujące się napięcie psychiczne doprowadza

² Nerwicę konwersyjną, czyli histerię Freud zaliczał do psychonerwic. Charakteryzuje się ona zaburzeniem funkcjonowania określonego narządu, lecz jednocześnie nie występują w jego obrębie uszkodzenia organiczne (Alexander, French, 1948, za Wrześniewski, 2007).

³ Pojęcie somatyzacji zostało wprowadzone na grunt psychologii i medycyny przez psychoanalityka, Wilhelma Steckla w latach dwudziestych ubiegłego wieku. W jego rozumieniu oznacza ono „tendencję do bycia bardziej świadomym fizycznych niż psychicznych aspektów stanów emocjonalnych oraz wyrażanie cierpienia emocjonalnego za pomocą symptomów somatycznych” (Schier, 2005, s. 16).

do strukturalnego uszkodzenia organów. Tak dzieje się w przypadku wrzodów żołądka, reumatoidalnego zapalenia stawów czy choroby Leśniowskiego-Crohna⁴.

Kutter wskazywał na rolę traumy jako czynnika generującego proces psychosomatyczny. Zdaniem innej czołowej badaczki, Joyce McDougall (1989, za: Scheir, 2005) pewne reakcje alergiczne, gastryczne czy kardiologiczne mogą być „somatycznym wyrazem próby ochrony podmiotu przed napływem bardzo archaicznych (libidalnych, narcystycznych) pragnień, które są odczuwane jako zagrożenie dla życia” (Scheir, 2005, s. 23). Tego typu pragnienia powodują, że psychika zaczyna przekazywać sygnały ostrzegawcze bezpośrednio do ciała. Mechanizm ten jest bardzo podobny do tego, który pojawia się we wczesnym niemowlęctwie, w trakcie którego dziecko nie jest w stanie zwerbalizować doświadczanych emocji. U osoby dorosłej proces ten prowadzi do dezorganizacji na poziomie fizycznym, co wyraża się na przykład w nagłej potrzebie opróżnienia ciała z jego zawartości (w przypadku wrzodziejącego zapalenia jelita). Dezorganizację tę autorka nazywa symptomem psychosomatycznym, w którym gwałtowne emocje nie są rozpoznawane na poziomie symbolicznym, lecz przekazywane przez umysł bezpośrednio do ciała (McDougall, 1989, za: Scheir, 2005).

Teoria aleksytymii

Termin „aleksytymia” w dosłownym tłumaczeniu oznacza „brak słów dla emocji” (Taylor, Bagby, Parker, 1997, za: Schier, 2005, s. 23). Syndrom aleksytymii został opisany przez psychoanalityków. Początkowo określano go jako „analfabetyzm emocjonalny” (Goleman, 1997), który miał powstawać na drodze zaburzeń rozwoju energii seksualnej libido w dwóch pierwszych fazach – oralnej oraz analnej (Maruszewski, Ścigała, 1998).

Współcześnie przyjmuje się, że aleksytymia występuje u ludzi, którzy mają trudność w opisywaniu i nazywaniu swoich emocji. Nie odróżniają oni jednych emocji od drugich, więc nie są w stanie rozeznąć w sobie czy są pobudzeni czy zmęczeni, czy czują głód czy złość. Mogą też być nieświadomi swoich uczuć. Aleksytymię cechuje: (1) trudność werbalizacji odczuwanych emocji, (2) brak wyobraźni oraz zdolności do kreowania fantazji, (3) operacyjny styl myślenia⁵. Do charakterystycznych zachowań, które są powiązane z aleksytymią należą między innymi: konformizm, impulsywność zachowania lub unikanie

⁴ Choroba Leśniowskiego-Crohna jest nieswoistą przewlekłą chorobą zapalną, która zwykle zaczyna się w końcowym odcinku jelita cienkiego. W bardziej zaawansowanych stadiach choroby zapalenie może obejmować niemal całe jelito. Charakterystycznymi objawami są: przewlekła biegunka, bóle brzucha, niedrożność jelit, zmiany okołoodbytnicze. Etiologię tej choroby upatruje się w zakażeniach wirusowych, bakteryjnych lub o podłożu immunologicznym (Luban-Plozza, 1995).

konfliktów, sztywna postawa ciała, ograniczona mimika twarzy czy niepamiętanie marzeń sennych (Taylor, Bagby, Parker, 1997, za: Schier, 2005).

Peter E. Sifneos w swojej pracy opisał konstrukt aleksytymii jako „niezdolność do identyfikacji uczuć, a także wykorzystania języka do opisu uczuć, niezdolność do różnicowania między emocjami i ich odczuciami cielesnymi, ubóstwo w zakresie marzeń i fantazji” (1991, za: Maruszewski, Ścigała, 1998, s. 135). Aleksytymicy przeżywają emocje, ale nie potrafią ich rozpoznawać czy wnioskować o przeżyciach emocjonalnych na podstawie zmian fizjologicznych zachodzących w organizmie. Psychiczna kontrola danego stanu emocjonalnego zależy od znajomości jego przyczyny, dlatego w przypadku wystąpienia pobudzenia aleksytymicy mają trudność w jego kontroli. Konsekwencją tego może być uruchamianie mechanizmu tłumienia powstających impulsów (Maruszewski, Ścigała, 1998).

Patrick Meurs oraz Gaston Cluckers (1999) wskazują, że osoby chore psychosomatycznie z powodu bardzo silnych, trudnych doświadczeń emocjonalnych przejawiają brak emocjonalności (*disaffectation*). Skonfrontowanie się z tymi emocjami mogłoby doprowadzić do przerwania ciągłości psychicznej lub stanowić zagrożenie dla poczucia tożsamości.

Ciekawe spojrzenie na genezę aleksytymii prezentuje kanadyjski zespół badaczy (Taylor i wsp., 1991, za: Maruszewski, Ścigała, 1998). Wskazują, że wczesnodziecięce doświadczenia relacji afektywnych z rodzicami kształtują u dziecka poziom jego kompetencji emocjonalnych w późniejszym życiu. Należą do nich umiejętności w zakresie rozpoznawania, oceny czy ekspresji emocji, rozumienia ich znaczenia, ale także sposobów ich kontroli. W przypadku doświadczania nieprawidłowych zaburzonych wzorów relacji emocjonalnych w rodzinie, dziecko może przejawiać deficyty w zakresie poznawczego opracowania doświadczeń emocjonalnych. Badania pod kierunkiem Graeme’a J. Taylora wykazały, że aleksytymicy stale przeżywają wiele negatywnych emocji takich jak gniew, wrogość, poczucie winy czy lęk. Ich problem koncentruje się na tym, że nie potrafią wyrażać oraz poddawać kontroli tych stanów emocjonalnych, dlatego mogą u nich rozwijać się zaburzenia psychosomatyczne.

Inni badacze w swoich koncepcjach odwołują się do neuropsychologicznych procesów funkcjonowania mózgu. Tomasz Maruszewski i Elżbieta Ścigała (1998) zaprezentowali mechanizm, który wyjaśnia, w jaki sposób traumatyczne wydarzenia wpływają na

⁵ Myślenie operacyjne polega na tym, że osoba posługuje się „fotograficznym” sposobem przedstawiania zdarzeń i osób. Jednocześnie jest on pozbawiony emocji i stosunku tej osoby do opisywanej rzeczywistości. Dominuje tu pragmatyzm i nastawienie na działanie (Schuster, Springer-Kremser, 1990, za: Schier, 2005).

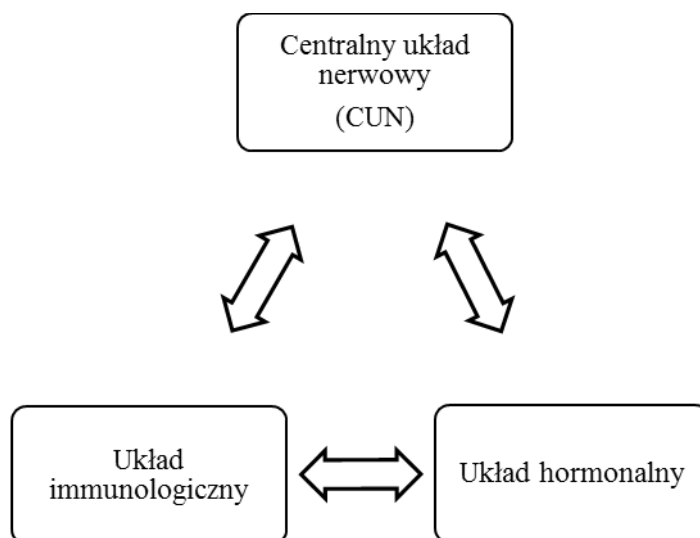
wystąpienie cech aleksytymicznych. U osób, które doświadczyły trudnych przeżyć pojawiają się zaburzenia w komunikacji między obiema półkulami mózgu. Skutkiem tego może być trudność w zamianie tych doświadczeń z kodu obrazkowego na symboliczny, czyli werbalny. Kiedy pojawia się deficyt w jednej z półkul, to można spodziewać się utrudnień w zakresie posługiwania się danym rodzajem kodowania. Końcowym efektem jest nieumiejętność opisanego przeżywanego stanów emocjonalnych.

Istnieje wiele kontrowersji dotyczących konstrukt aleksytymii. W literaturze przedmiotu podejmuje się próby rozstrzygnięcia na ile konstrukt ten wyjaśnia mechanizm powstawania chorób psychosomatycznych, a na ile stanowi on odrębną koncepcję, która wyjaśnia patogenezę tych zaburzeń (Schier, 2005).

Powyżej wykazano jak określone procesy psychiczne mogą przyczyniać się do powstawania organicznych procesów chorobowych. Jednak szczególne znaczenie dla medycyny psychosomatycznej ma psychoneuroimmunologia, ponieważ wyjaśnia ona w sposób systemowy wcześniejsze obserwacje kliniczne i wyniki badań empirycznych dotyczące negatywnych oddziaływań stresu na funkcje układu odpornościowego. Konsekwencją tego jest proces rozwoju chorób somatycznych.

Psychoneuroimmunologia – charakterystyka najnowszego nurtu w psychologii zdrowia

Psychoneuroimmunologia (PNI) to nowy obszar teoretyczno – badawczy, który wpisuje się w nurt psychologii zdrowia. Dziedzina ta rozwinęła się na gruncie neuronauki i powstała na przełomie lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych XX wieku (Fleshner, Laudenslager, 2004, za: Basińska, 2009). Samo pojęcie wskazuje na wzajemną zależność trzech głównych nauk: psychologii, neurologii i immunologii. Zatem ta interdyscyplinarna dziedzina z pogranicza psychologii i nauk medycznych koncentruje się na związkach procesów psychologicznych, biologicznych i środowiskowych, ponieważ zarówno układ immunologiczny, jak i hormonalny oraz nerwowy człowieka są ze sobą ściśle powiązane (Mausch, 2003). Schemat wzajemnych oddziaływań tych układów wygląda następująco (rysunek 1.):



Rysunek 1. Schemat oddziaływań (opracowanie własne na podstawie: Mausch, 2003)

Zarówno układ nerwowy, jak i układ immunologiczny pośredniczą w komunikowaniu się z wewnętrznym i zewnętrznym środowiskiem życia człowieka. Biorą również udział w identyfikowaniu niebezpiecznych czynników. Układ obronny odbiera bodźce z układu nerwowego, ponieważ narządy układu odpornościowego – grasica, szpik kostny, śledziona oraz węzły chłonne – są przez niego unerwiane. W wymienionych narządach limfatycznych stwierdzono obecność współczulnych zakończeń nerwowych: cholinergicznych, noradrenergicznych i peptyderygicznych. Uwalniane z nich neurotransmitery (np. katecholaminy, opioidy) uczestniczą w regulacji funkcji odpornościowych, ponieważ narządy i komórki układu immunologicznego zawierają swoiste dla nich receptory. Jednakże interakcje obu układów są oparte na wzajemnym sprawowaniu funkcji kontrolnych. Układ nerwowy jest więc pod stałym wpływem cytokin. Są to rozpuszczalne białka wydzielane przez leukocyty w trakcie odpowiedzi immunologicznej. Szczególnym przykładem oddziaływań cytokin na CUN jest interferon-*alfa* (INF-*alfa*), który działa przeciwwirusowo i przeciwnowotworowo. Dowiedziono, że jego wysokie dawki, stosowane w celach leczniczych powodują wystąpienie negatywnych skutków ubocznych: zaburzeń koncentracji, zmniejszoną aktywność ruchową, zmniejszone odczuwanie bólu czy nawet zaburzenia psychiczne (Jakóbisiak, 1995).

Kolejnym przykładem na funkcjonalne powiązanie układu immunologicznego i nerwowego są wnioski z badań na temat warunkowania reakcji immunologicznej u myszy. Skojarzono ze sobą lek immunosupresyjny i sacharynę (warunkowe placebo), co w wyniku

dłuższego stosowania powodowało efekt immunosupresyjny po podaniu samej sacharyny (Ader, Cohen, 1975, za: Giejbatow, 2000). Współczesne badania potwierdziły, że warunkowa immunosupresja zachodzi w sytuacji stałego kontaktu organizmu z czynnikiem immunosupresyjnym. Przeprowadzono je wśród grupy kobiet chorujących na nowotwór jajników, które poddawane były wielokrotnemu leczeniu chemioterapeutycznemu. Chemioterapia polega na podawaniu leków, hamujących lub zapobiegających aktywności układu immunologicznego, co zazwyczaj odbywa się w tym samym szpitalu. Dlatego skojarzenie bodźca bezwarunkowego, jakim jest lek immunosupresyjny, z bodźcem warunkowym, czyli miejscem leczenia, spowodowało, że chore kobiety wykazywały objawy immunosupresji tuż po przyjeździe do ośrodka leczącego, zanim zostały poddane kolejnej chemioterapii (Bovjberg, 1990, za: Maier, Watkins, Fleshner, 1997).

Zarówno układ nerwowy, jak i hormonalny sterują procesami utrzymującymi równowagę między środowiskiem wewnętrznym organizmu a warunkami zewnętrznymi, zwanymi inaczej ekologicznymi. Najważniejszym ośrodkiem homeostatycznym jest podwzgórze. Poprzez swoje połączenia z pozostałymi ośrodkami układu limbicznego wpływa na zmiany funkcji biochemicznych organizmu człowieka na skutek wszelkiego rodzaju czynników psychicznych. I tak, na przykład odczuwany strach będzie powodował podwyższenie ciśnienia krwi, przyspieszoną akcję serca i lepszą wydolność mięśniową, a więc i fizyczną (Giejbatow, 2000).

Ostatni rodzaj oddziaływań dotyczy układu endokrynnego i odpornościowego. Niektóre komórki układu odpornościowego mogą wytwarzać hormony przysadkowe (np. hormon adrenokortykotropowy ACTH), choć w małych ilościach. Dowiedziono również, że leukocyty posiadają receptory dla niektórych hormonów i neuropeptydów, dlatego mogą na nie samodzielnie reagować. Innym przykładem powiązań wspomnianych układów jest pobudzenie wydzielania ACTH. Ten z kolei wzmacnia wydzielanie hormonów steroidowych (glikokortykosteroidów), które w stosunku do układu immunologicznego wywierają działanie immunosupresyjne, hamując podziały leukocytów, syntezę cytokin czy mediatorów zapalenia. Tym sposobem regulują one funkcjonowanie organizmu (Giejbatow, 2000).

Istnieją dowody empiryczne na to, że sposób funkcjonowania układu odpornościowego może ulegać zmianom pod wpływem sytuacji stresowych i napięć emocjonalnych. Już Selye (Kelley, 2001, za: Nurzyńska, Wasieńska-Pokrywka, 2007) w latach trzydziestych poprzedniego wieku zauważył, że sztucznie wywołane stany stresowe, powodują zanikanie

grasicy i redukcję liczby komórek odpornościowych. Dwadzieścia lat później Fred Rasmussen (Kelley, 2001, za: Nurzyńska, Wasieńska-Pokrywka, 2007) zwrócił uwagę, że podatność na choroby wirusowe jest modulowana przez rodzaj bodźca stresowego. Tym samym ukazał on wpływ doświadczanych emocji na rozwój chorób zakaźnych.

Jednak dopiero w latach osiemdziesiątych nastąpił dynamiczny rozwój psychoneuroimmunologii. Przyczyniły się do tego doniesienia empiryczne, które wskazywały na istotne związki zdarzeń stresowych z odpornością człowieka poprzez aktywizację współczulnego układu nerwowego oraz osi podwzgórze – przysadka – nadnercza (PPN). Opisano oddziaływanie wydarzeń silnie stresowych: żałoby po nagłej śmierci małżonka, depresji i istotnych strat życiowych w kontekście ich wpływu na zmiany w odpowiedzi immunologicznej (Ader, 2000, za: Nurzyńska, Wasieńska-Pokrywka, 2007). Innymi wskaźnikami mającymi istotne konsekwencje dla zdrowia somatycznego okazały się: wypalenie zawodowe, pobyt w obozie koncentracyjnym, bezrobocie czy przebywanie we wrogim środowisku społecznym. Z racji wzrastającej liczby zachorowań szczególne zainteresowanie wzbudziły doniesienia związane z chorobą AIDS, ukazujące wpływ zmiennych psychologicznych na jej rozwój i przebieg. Przyspieszony rozwój tej choroby był wiązany głównie z nagromadzeniem trudnych wydarzeń o podłożu stresowym, niskim wsparciem społecznym, pesymistycznym nastrojem czy przedłużającym się żalem po stracie bliskiej osoby. Wynika z tego, że negatywne przeżycia mogą powodować dysregulację układu odpornościowego i w efekcie inicjować rozmnażanie wirusa HIV, który dotychczas pozostawał w latencji (Kiecolt-Glaser i wsp., 2002, za: Nurzyńska, Wasieńska-Pokrywka, 2007).

Wnioski z wielu prac badawczych ukazują istotny związek czynników psychologicznych z różnymi aspektami działania układu odpornościowego. Związek ten może wyjaśniać mechanizm rozwoju choroby somatycznej pod wpływem stresujących wydarzeń życiowych. Psychoneuroimmunolodzy przyznają jednak, że być może to zmiany zachowania osób, które doświadczyły obciążeń psychicznych mogą powodować obserwowane modyfikacje w układzie immunologicznym. Osoby te mogą, na przykład, zwiększać ilość zażywanych leków, nadużywać substancji psychoaktywnych, zmieniać dotychczasowe nawyki żywieniowe lub warunki mieszkaniowe (Mausch, 2003).

Podsumowanie

Choć lepiej dziś rozumiemy, jak długa jest droga do zrozumienia przyczyn większości chorób i zaburzeń, istota powiązań psychosomatycznych jest wciąż niejasna. Obecnie sposoby oceny udziału czynników psychologicznych w chorobach somatycznych, za pomocą dostępnych systemów klasyfikacji, wydają się niesatysfakcjonujące klinicznie. Istotnym więc zadaniem współczesnej medycyny psychosomatycznej jest rozwój ukierunkowany na dynamicznych właściwościach, jakie pojawiają się u chorego. Dlatego w literaturze przedmiotu często podkreśla się znaczenie wydarzenia o charakterze traumy (utrata bliskiej osoby, silne konflikty emocjonalne), które wyraźnie zaburzają równowagę organizmu. Stres, oddziałując na procesy układu endokrynologicznego, powoduje załamanie się potencjałów odpornościowych i w konsekwencji rozwój choroby. Jednocześnie ważne jest podkreślenie, że w wypadku każdej choroby powinno być badane znaczenie rozmaitych czynników chorobowych, zarówno tych fizycznych, jak i psychicznych w celu zwiększenia efektywności leczenia i pomocy osobom chorym. Poszukiwania indywidualnych czynników schorzeń przy użyciu różnych metod badawczych i odwołaniu do różnych dziedzin medycyny, wskazują konieczność, by w jak największym stopniu opierać na faktach i wspierać całościowe widzenie człowieka w chorobie.

Piśmiennictwo

1. Alexander F. The development of psychosomatic medicine. *Psychosom Med.* 1962;24(1):13–24.
2. Basińska MA. Funkcjonowanie psychologiczne pacjentów w wybranych chorobach endokrynologicznych. Uwarunkowania somatyczne i osobowościowe. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego; 2009.
3. Fava G, Sonino N. Psychosomatic medicine: emerging trends and perspectives. *Psychother Psychosom.* 2000;69(4):184–197.
4. Giejbatow D. Psychoneuroimmunologia. Nowe podejście do starego zagadnienia. *Nowiny Psychologiczne.* 2000;4:5–25.
5. Goleman D. Inteligencja emocjonalna: sukces w życiu zależy nie tylko od intelektu, lecz od umiejętności kierowania emocjami. Poznań: Media Rodzina; 1997.
6. Heszen I, Sęk H. Psychologia zdrowia. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2007.
7. Jakóbisiak M. Zależności między układem neuroendokrynnym a układem immunologicznym. W: Jakóbisiak M, redaktor. *Immunologia.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 1995. s. 385–390.

8. Kutter P. Współczesna psychoanaliza. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 1998.
9. Luban-Plozza B, Pöldinger W, Kröger F, Wasilewski B. Zaburzenia psychosomatyczne w praktyce lekarskiej. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1995.
10. Maruszewski T, Ścigała E. Emocje – aleksytymia – poznanie. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora; 1998.
11. Mausch K. Wprowadzenie do psychoneuroimmunologii. Szczecin: Wydawnictwo Psychologiczne; 2003.
12. Meurs P, Cluckers G. Psychosomatic Symptoms, Embodiment and Affect: Weaving Threads to the Affectively Experienced Body in Therapy with a Neurotic and a Borderline Child. *J Child Psychother.* 1999;25:71–91.
13. Nurzyńska A, Wasińska-Pokrywka M. Psychoneuroimmunologia – historia i przegląd obszarów badań. *Nowiny Psychologiczne.* 2007;3:49–62.
14. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Osobowość. Stres a zdrowie. Warszawa: Wydawnictwo Difin; 2010.
15. Popielski K. Psychologiczne aspekty doświadczania chorób reumatycznych. *Reumatologia.* 2005;43(3):160–165.
16. Schier K. Bez tchu i bez słowa: więź psychiczna i regulacja emocji u osób chorych na astmę oskrzelową. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005.
17. Ścigała E. Psychoneuroimmunologia jako dziedzina współczesnej psychosomatyki. W: Cierpiałkowska L, Sęk H, redaktorzy. *Psychologia kliniczna i psychologia zdrowia. Wybrane zagadnienia.* Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora; 2001. s. 33–60.
18. Tylka J. Psychosomatyka: wybrane zagadnienia z teorii i praktyki. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Wyszyńskiego; 2000.
19. WHO. Global surveillance and control of hepatitis C. Report of a WHO Consultation organized in collaboration with the Viral Hepatitis Prevention Board, Antwerp, Belgium. *J Viral Hepatitis.* 1999;6(1):35–47.
20. Wrześniewski K. Medycyna psychosomatyczna, medycyna behawioralna, psychologia medyczna, psychologia zdrowia – czy psychologia chorego somatycznie? *Nowiny Psychologiczne.* 1998;4:25–37.
21. Wrześniewski K. Psychologiczne uwarunkowania powstawania i rozwoju chorób somatycznych. W: Strelau J, redaktor, *Psychologia. Podręcznik akademicki.* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2007. t.3. s. 493–512.