

Beata Kowalewska^{1, 2}, Elżbieta Krajewska-Kułak¹, Elżbieta Ortman², Agata Gołębowska²

¹Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

²Instytut Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

Rola czynników psychicznych w rozwoju chorób

Role of psychogenic factors in the development of disorders

STRESZCZENIE

Psychologia zdrowia jest działem psychologii stosowanej zajmującym się psychologicznymi aspektami zdrowia i choroby. Zarówno zwiększenie, jak i zmniejszenie napięcia emocjonalnego może prowadzić do zaburzeń w układzie neurovegetatywnym. Reakcje emocjonalne powodują bowiem aktywację podwzgórza, które uruchamia obronne mechanizmy motoryczne, trzewne i neurohormonalne. Długotrwałe stany emocjonalne doprowadzają do zaburzenia homeostazy, co może być odpowiedzialne za zaburzenia czynnościowe w układach i narządach, prowadzą także do wystąpienia schorzeń psychosomatycznych i spadku odporności.

Celem pracy była analiza piśmiennictwa dotyczącego powyższego problemu i wskazanie roli pielęgniarki w umacnianiu zdrowia psychicznego chorego.

Problemy Pielęgniarstwa 2011; 19 (1): 134–141

Słowa kluczowe: stres, choroby, psychologia zdrowia

ABSTRACT

Health psychology is characterized as a branch of applied psychology focusing on the psychological aspects of health and illness and some facts are presented in emotional tension can cause disturbances in the neurovegetative system. The emotions lead to the hypothalamus activation which can cause the defensive visceral, motoric and neurohormonal reactions. The long-lasting emotions lead to disturbance in homeostasis processes, which can cause the functional disorders in systems and organs, psychosomatic diseases and decrease of the immunity.

The aim of this paper was analysis of the literature on the mentioned problem and indication nurse role in the strengthening of mental health in patients.

Nursing Topics 2011; 19 (1): 134–141

Key words: stress, diseases, psychology of health

Psychologia zdrowia

Psychologia zdrowia jest młodą i dynamicznie rozwijającą się gałęzią psychologii. Jest kolejną z dziedzin zastosowań psychologii w obszarze zdrowia i choroby, stanowiąc kontynuację i rozwinięcie powstałych wcześniej kierunków: medycyny psychosomatycznej, medycyny behawioralnej i psychologii medycznej [1].

Określenie „psychologia zdrowia” pojawiło się w końcu lat 70. XX wieku i od razu spotkało się z szeroką akceptacją, a nawet entuzjazmem [1]. Warto podkreślić, że nie ogranicza się tylko do medycyny, ale wykorzystuje zdobycze psychologii w zakresie zagadnień związanych ze zdrowiem i chorobą przez analizę wpły-

wu czynników psychicznych na utrzymanie zdrowia i powstanie chorób, opracowywanie technik psychoterapeutycznych mających na celu wspomaganie leczenia chorób psychosomatycznych oraz propagowanie zdrowego stylu życia. Stanowi kontynuację medycyny psychosomatycznej, behawioralnej oraz psychologii medycznej. W centrum jej zainteresowania znajdują się psychologiczne uwarunkowania zdrowia, a nie choroby. Jednak aspekt choroby jest stale obecny, chociażby z uwagi na wielorakie determinanty, również o podłożu psychologicznym, które mogą skutkować przejściem ze stanu zdrowia w stan choroby lub mogą rzutować na zdolność organizmu do zahamowania rozwoju choro-

Adres do korespondencji: dr n. med. Beata Kowalewska, Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, ul. M. Skłodowskiej-Curie 7a, 15-096 Białystok, tel.: (85) 748 55 28, e-mail: mocnakawa1@gmail.com

by czy jej całkowitego zwalczania. Ze względu na powiązanie z problematyką zdrowia i choroby psychologia zdrowia ma również wiele wspólnego z medycyną, pielęgniarstwem, promocją zdrowia [1, 2].

Za prekursora psychologii zdrowia uważa się wybitnego psychologa amerykańskiego — Matarazzo pochodzącego ze Stanów Zjednoczonych [1]. Sformułował on powszechnie przyjętą i szeroko cytowaną definicję psychologii zdrowia, określając ją jako „całokształt specyficznego, oświatowego, naukowego i profesjonalnego wkładu psychologii jako dyscypliny służącej do promocji i utrzymywania zdrowia, zapobiegania i leczenia chorób, rozpoznawania etiologicznych i diagnostycznych korelatów zdrowia, choroby i zbliżonych dysfunkcji, a także do analizy i optymalizacji systemu opieki zdrowotnej i kształtowania polityki zdrowotnej” [1].

Taylor [3] określiła psychologię zdrowia jako „dział psychologii zajmujący się poznawaniem wpływu czynników psychologicznych na to, że ludzie pozostają zdrowi, określaniem ich znaczenia w powstawaniu chorób oraz ich roli w kształtowaniu zachowania ludzi, kiedy zachorują”.

W opinii Adlera i Stone [4] informacje o zastosowaniu psychologii w medycynie oraz w zakresie zdrowia i choroby można odnaleźć w materiałach z sympozjum Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego (APA, *American Psychological Association*) z 1911 roku.

W 1978 roku z Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego wyodrębniono Sekcję Psychologii Zdrowia, co oznacza, że za fakt uznano powstanie nowej dziedziny psychologii [5].

W Polsce w 1984 roku z Polskiego Towarzystwa Psychologicznego wyłoniła się Sekcja Psychologii Chorego Somatycznie, a w 1991 roku przy Zarządzie Głównym Polskiego Towarzystwa Psychologicznego powołano Polską Sekcję Europejskiego Towarzystwa Psychologii Zdrowia. Natomiast od 1983 roku, w ramach specjalizacji I i II stopnia dla psychologów, została wprowadzona „psychosomatyka”, podkreślająca powiązania problematyki psychologicznej i chorób somatycznych [1, 6].

Założenia psychologii zdrowia oraz przypisane jej role i zadania obejmują:

- włączenie problematyki zdrowia do obszaru psychologii związanej z medycyną pozapsychiatryczną;
 - traktowanie pojęć zdrowia i choroby jako niewykluczających się wzajemnie;
 - odejście od kategorii patologii na korzyść zasobów człowieka i jego możliwości rozwojowych;
 - położenie nacisku na ochronę i promocję zdrowia;
 - uznanie zdrowia jako wartości ograniczonej nie tylko do systemu opieki zdrowotnej, ale obejmującej wszystkie dziedziny życia i działalności człowieka [7].
- Rola i zadania psychologii zdrowia są związane z:
- poszukiwaniem czynników ważnych dla zdrowia
 - rozszerzeniem badań nad pozytywnymi emocjami,

mi, poczuciem kontroli i własnej skuteczności, zachowaniami zdrowotnymi, kontynuowaniem badań nad typologią osobowości i strukturami psychicznymi, które wpływają na zachowanie zdrowia;

- działaniami praktycznymi na terenie medycyny — praca z pacjentem (diagnostyka i rehabilitacja); praca z personelem medycznym (działania psychoedukacyjne, kształcenie umiejętności interpersonalnych w kontakcie z pacjentem); rozwiązywanie problemów dotyczących organizacji i zarządzania placówkami medycznymi, zakłóceń w relacji lekarz–pacjent;
- promocją zdrowia — tworzeniem podstaw teoretycznych, psychoedukacji pacjentów [7].

Psychologia zdrowia wykorzystuje psychologiczne koncepcje zdrowia. Według Heszen [6] badania przeprowadzone przez psychologów, skoncentrowane na psychologicznych korelacjach choroby, stały się źródłem informacji na temat udziału czynników psychicznych oraz sytuacyjnych w powstawaniu chorób somatycznych, ograniczeń czy dysfunkcji. Jednocześnie prowadzono również badania nad psychologicznymi następstwami choroby, na przykład w postaci emocjonalnej reakcji na chorobę czy prezentowanych zachowań, których celem jest pokonanie choroby [6].

Od dawna jest znany związek między sytuacjami stresowymi a chorobą. Można go analizować z jednej strony w kontekście stresu jako przyczyny choroby (koncepcja salutogenetyczna), z drugiej zaś jako jej efektu (koncepcja patogenetyczna) [6, 8].

Koncepcja salutogenetyczna, mimo że jest powiązana z teorią stresu i radzenia sobie, powstała w wyniku poszukiwania psychologicznych uwarunkowań zdrowia. Antonovsky, proponując podejście salutogenetyczne, podkreślał, że należy poszukiwać czynników sprzyjających zdrowiu oraz zidentyfikować te elementy, które pozwalają ludziom zachować zdrowie mimo oddziaływania na nich szkodliwych bodźców [2, 6]. Niekorzystnemu wpływowi stresu na organizm przeciwstawiono pozytywne emocje typu: optymizm, nadzieja, poczucie kontroli, przekonanie o własnej skuteczności, pogodne usposobienie [9]. Duże znaczenie ma również posiadanie wiedzy medycznej oraz poglądów i przekonań zdrowotnych pozwalających podejmować jednostce trafne decyzje dotyczące zdrowia oraz podejmować z przekonaniem aktywność pozwalającą utrzymać i umacniać zdrowie [6].

Wśród czynników sprzyjających zdrowiu na szczególne podkreślenie zasługuje tak zwana „osobowość hartowna” oraz poczucie koherencji, których współwystępowanie powoduje mniejszą podatność na powstawanie chorób w wyniku działania czynników stresujących [2]. Osobowość hartowną charakteryzuje przekonanie o własnej kontroli oraz postrzeganie

stresujących sytuacji jako wyzwań i bodźców do działania [2].

Koncepcja patogenetyczna z perspektywy widzenia psychologii zdrowia obejmuje:

- pytania o przyczyny chorób;
- ustalenie, jakie czynniki są przyczyną powstania chorób i dysfunkcji psychosomatycznych;
- poszukiwanie specyficznych dla danej choroby czynników i mechanizmów ryzyka;
- przekonanie, że zdrowie to stan homeostazy;
- przekonanie, że stan zdrowia to kategoria dychotomiczna: albo zdrowie, albo choroba;
- uznanie stresorów za czynniki patogenne;
- dążenie do eliminacji stresorów;
- wdrażanie działań naprawczych [6].

Koncepcja salutogenetyczna z perspektywy postrzegania psychologii zdrowia obejmuje:

- pytania o przyczyny zdrowia;
- ustalenie, jakie czynniki są przyczyną zdrowia i jakie ułatwiają człowiekowi stawanie się zdrowszym;
- poszukiwanie ogólnych czynników i mechanizmów sprzyjających zdrowiu;
- uznanie zdrowego stanu organizmu człowieka za dynamiczną heterostazę;
- uznanie stanu zdrowia za kontinuum rozciągające się między biegunami pełnego zdrowia i absolutnej choroby;
- uznanie stresorów jako naturalnych czynników obecnych w ludzkim życiu;
- akcentowanie rozwojowego wpływu stresorów na człowieka i dążenie do wykorzystania ich działania;
- podejmowanie działań wzmacniających potencjał zdrowia, profilaktykę i promocję zdrowia [6].

Poczucie koherencji Antonovsky definiuje jako „globalną orientację życiową pozwalającą jednostce uruchamiać właściwe dla sytuacji zasoby zapewniające skuteczne radzenie sobie” [2], którą cechują przekonanie o zrozumiałości i sensowności świata oraz o własnych możliwościach pozwalających na sprostanie wszelkim wymaganiom i pokonanie trudności [2, 6].

Należy podkreślić, że mimo iż psychologia zdrowia jest młodą nauką, to na jej gruncie pozyskano już pokaźny materiał empiryczny. Z drugiej zaś strony istnieje jeszcze wiele aspektów i dziedzin dotyczących zdrowia i choroby, które nie zostały zbadane bądź prace nad nimi wymagają kontynuacji. Ponadto ogromne pole do działania dla psychologii zdrowia stanowi wykształcanie u ludzi nawyków prozdrowotnych, umiejętności i poczucia wewnętrznego przekonania oraz obowiązku dbania o własne zdrowie i zwiększania jego zasobów. Profilaktyka i promocja zdrowia mogą w przyszłości skutkować zmniejszeniem występowania niepełnosprawności i zapadalności na choroby przewlekłe.

Wpływ czynników psychologicznych na stan zdrowia

Rozwój choroby przewlekłej jest związany z wieloma niedogodnościami obiektywnymi (np. długotrwałą koniecznością zażywania leków, stałego kontaktu z placówkami opieki zdrowotnej, prowadzenia odpowiedniego, najczęściej bardziej rygorystycznego stylu życia) oraz subiektywnymi (licznymi przeżyciami psychicznymi i duchowymi). W związku z tym choroba, jak każda trudna sytuacja życiowa, wymaga swoistego przystosowania. Suchocka [10] w procesie chorobowym wyróżnia 5 rodzajów postaw przystosowania się w chorobie:

- **postawę rezygnacyjno-pasywną** — związaną z całkowitą zależnością od personelu medycznego;
- **postawę projekcyjno-agresywną** — charakteryzującą się podejrzliwością, złośliwością, niechęcią oraz agresją wobec siebie, osób najbliższych oraz personelu medycznego;
- **tendencję do racjonalizacji choroby** — charakteryzującą się obroną przed dopuszczeniem do świadomości faktu choroby;
- **postawę częściowej lub całościowej negacji choroby** — łączącą się najczęściej z trudnościami w przyjęciu bądź odrzuceniu diagnozy, form leczenia, jak również faktu samej choroby;
- **postawę reaktywno-walczącą** — gdy świadomość choroby przyjmuje dwojaką postać — z jednej strony nadziei na to, że choroba przybierze łagodniejszą formę, a z drugiej walki z chorobą i założenie możliwości jej przezwyciężenia.

W trakcie choroby najczęściej można zaobserwować skutki niewłaściwych postaw, przejawiających się wzmożonym lękiem, poczuciem winy, smutkiem, drażliwością, obniżonym nastrojem i rozpaczą. Kondraś [11] wymienia następujące postawy pacjentów wobec choroby:

- **bagatelizującą**, gdy pacjent lekceważy swój stan zdrowia;
- **odrzucającą**, gdy pacjent nie chce zaakceptować faktu, że jest chory i pogodzić się z nim;
- **lękową**, gdy chory obwinia się za skutki choroby;
- **hipochondryczną**, gdy wyolbrzymia dolegliwości chorobowe;
- **patologiczną**, gdy pacjent pragnie być chorym;
- **roszczeniową**, kiedy pacjent przez chorobę chce coś osiągnąć (np. względy innych, współczucie);
- **realistyczną**, czyli optymalną i właściwą postawę, gdy pacjent godzi się na chorobę, nie wyolbrzymia ani też nie lekceważy jej, usiłuje przystosować się do zmian, jakie ten stan ze sobą niesie.

Podstawową reakcją człowieka, który dowiaduje się o swojej chorobie, jest stres psychologiczny, a sposób i intensywność przeżywania tej sytuacji zależą od całościowego obrazu choroby, a także od rokowania, które może spowodować bezradność (np. nowotwory złośli-

we) lub dać poczucie kontroli nad chorobą (np. nadciśnienie tętnicze, astma, cukrzyca).

Współcześnie badacze zwracają uwagę, że w definiowaniu stresu psychologicznego należy uwzględnić zarówno czynniki zewnętrzne, jak i reakcję człowieka [12]. Stres wiąże się bowiem z określonym rodzajem relacji między tymi czynnikami (interakcja, transakcja), zwykle ujmowanej z jednej strony jako zakłócenie lub zapowiedź zakłócenia równowagi między zasobami czy możliwościami jednostki a wymaganiami otoczenia z drugiej. Ta relacja jest odbierana przez chorego jako obciążająca lub przekraczająca jego zasoby i zagrażająca jego dobrostanowi [12]. Można więc traktować stres jako produkt uboczny nieodpowiedniego radzenia sobie z trudnościami [12].

Związek między psychiką człowieka a zdrowiem dostrzegano od początku dziejów. W Księdze Hioba można odnaleźć stwierdzenie, że nie jest możliwe oddzielenie ciała i umysłu pod względem zdrowia [13]. Platon w swych dziełach pisał, że „leczenie wielu chorób nie jest znane lekarzom Hellady, gdyż nie baczą oni na całość, którą należy studiować, albowiem nie może być zdrowa część, kiedy niedomaga całość” [13]. Spinoza dowodził, że wszystko, co dzieje się w ciele, ma swoje odzwierciedlenie w umyśle [13].

Emocje z punktu widzenia fizjologii są elektrycznymi, chemicznymi i hormonalnymi zmianami w ludzkim układzie nerwowym, które z wzajemnością wpływają na funkcjonowanie głównych narządów, integralność układu odpornościowego i działanie wielu krążących substancji biologicznych, wspomagających kontrolę nad stanem fizycznym organizmu [14]. W medycynie nie powinno się więc lekceważyć wpływu czynników psychospołecznych oraz indywidualnej podatności osoby na chorobę somatyczną, a zagadnieniem tym zajmuje się dziedzina, jaką jest psychosomatyka.

Do pionierów psychosomatyki z różnych dziedzin medycyny zalicza się między innymi Heinrotha, Grossa, Trouseau, Groddecka, von Krehla, Dunbara, Alexandra. Nie bez znaczenia były również badania prowadzone przez Freuda, Junga, Formę, Bossa, którzy swoje działania koncentrowali wokół podświadomości oraz możliwości eliminacji negatywnych, nieuświadomianych czynników z psychiki w celu poprawy zdrowia fizycznego [13, 15].

Określenie „choroba psychosomatyczna” oznacza takie schorzenie, u podłoża którego leżą czynniki psychiczne [11]. Luban-Plozza i wsp. [13] wskazują, że zaburzenia psychosomatyczne można podzielić na następujące grupy:

— **objawy konwersyjne** — dotyczące zwykle narządów ruchu i zmysłów (np. wymioty, histeryczne porażenia kończyn, parestezje, źródnicowane dolegliwości bólowe, psychogenna ślepotą i głuchota), które

stanowią reakcje somatyczne w wyniku konfliktu nerwicowego;

— **objawy czynnościowe** — dotyczące wielu narządów i układów, zmienne, nieznajdujące klinicznego potwierdzenia uszkodzenia mimo zaburzeń czynności układów i narządów, określane mianem „nerwic narządowych”;

— **zaburzenia psychosomatyczne** — pierwotna fizyczna reakcja na stres lub sytuację konfliktową, z towarzyszącymi zaburzeniami morfologicznymi oraz zmianami organicznymi, lokalizacja zaburzenia zależy od predyspozycji danej jednostki (np. astma oskrzelowa, nadciśnienie, choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, anoreksja, reumatoidalne zapalenie stawów).

W zakresie chorób somatycznych psychologia, opierając się na teorii stresu i radzenia sobie z nim, wskazuje, że z jednej strony stres przyczynia się do powstania choroby, z drugiej natomiast choroba jest również źródłem stresu. Każda interakcja jest bowiem uwarunkowana psychologicznie, a jej wpływ na organizm zależy od siły bodźca oraz indywidualnych cech organizmu, którego dotyczy [16].

W opinii Juszkiewicz-Borowiec [17] „stres jest nadmierną, w stosunku do potrzeby, reakcją organizmu na określone czynniki środowiskowe”, przy czym stresory są zjawiskiem niepodlegającym kontroli, a odbieranym jako zagrożenie równowagi wewnętrznej organizmu. Pojawienie się bodźca (stresora) stawia organizm w nowej „sytuacji” i poniekąd wymusza na nim reakcję na stawiane wymagania (negatywne lub pozytywne zdarzenia). Organizm odpowiada zaś szeregiem reakcji neurohormonalnych, skierowanych na zaadaptowanie organizmu do zaistniałej sytuacji, i utrzymaniem homeostazy. Jest to tak zwany zespół adaptacji, obejmujący 3 następujące po sobie fazy: reakcji alarmowej, odporności i wyczerpania [13, 17]. Zarówno zwiększanie, jak i zmniejszanie napięcia emocjonalnego może prowadzić do zaburzeń w układzie neurovegetatywnym. Reakcje emocjonalne powodują bowiem aktywację podwzgórza, które uruchamia obronne mechanizmy motoryczne, trzewne i neurohormonalne. Długotrwałe stany emocjonalne doprowadzają do zaburzenia homeostazy, co może być odpowiedzialne za zaburzenia czynnościowe w układach i narządach, a nawet za wystąpienie schorzeń psychosomatycznych [13, 17].

U osób nadmiernie reaktywnych mechanizmy odpowiedzialne za reakcje na bodźce stresowe są w stałym pogotowiu i są uruchamiane wielokrotnie, mimo braku istotnej przyczyny. Prowadzi to do upośledzenia zdolności przystosowawczych i możliwości odpornościowych organizmu, każdy kolejny stres jest odbierany jako silniejszy, zaś reakcje bywają często nieproporcjonalnie silne w stosunku do bodźca. Powstaje zjawisko tak

zwanego błędnego koła i stresu przewlekłego [18]. Najczęściej spotykanymi bezpośrednimi objawami stresu chronicznego są:

- zmiany fizjologiczne na poziomie układów: krwionośnego, pokarmowego, wydzielniczego;
- zmiany psychologiczne na poziomie procesów poznawczych (uwagi, pamięci), przesadność ocen, a nawet działania autodestrukcyjne;
- zmiany emocjonalne — przeżywanie złości, gniewu, stany depresyjne, brak panowania nad emocjami;
- w skrajnych przypadkach załamanie psychiczne lub emocjonalne [18].

Według Mastalskiego [19] do głównych przyczyn stresów można zaliczyć:

- środowisko nauki i pracy (np. presja czasu, obawa przed porażką, perfekcjonizm, wysokie wymagania);
- środowisko życia (np. hałas, tłok, kontakt z instytucjami i urzędnikami);
- rodzinę (np. śmierć bliskiej osoby, rozwód, utrudniona komunikacja interpersonalna, perfekcjonizm w zakresie bycia rodzicem);
- stres biologiczny (w sytuacjach zagrożenia zdrowia lub życia);
- długotrwałe zmęczenie lub wyczerpanie (w efekcie wytężonej nauki lub pracy, gdy stawiane są sobie zbyt duże wymagania).

W ramach prac nad wpływem czynników psychicznych na powstanie choroby wyodrębniono różne wzory zachowań, które w różnym stopniu mają wpływ na wystąpienie chorób somatycznych.

Ramlau, Rudnicka-Drożak, Ogińska-Bulik i wsp. sformułowali hipotezę, że istnieje związek między osobowością a występowaniem pewnych schorzeń:

- **osobowość typu A** — zespół tak zwanego jawnego zachowania lub styl życia z preferencją skrajnego współzawodnictwa, walki o osiągnięcia, agresywności, pośpiechu, niecierpliwości, pobudliwości, wysokiego poziomu ambicji i odpowiedzialności, nadmiernej czujności, wybuchowego sposobu mówienia, napięcia mięśni, szczególnie twarzy, poczucia presji czasu, pracoholizmu; osoby o tym typie osobowości istotnie częściej zapadają na chorobę niedokrwienną serca [20, 21];
- **osobowość typu B** — osobowość zdrowa somatycznie [22];
- **osobowość typu C** — charakteryzuje się wysokim stopniem neurotyczności, skrajną powściągliwością, kontrolowaniem emocji, supresją, represją, poświęceniem, zabezpieczaniem się przed negatywnym oddziaływaniem społeczeństwa, postrzeganiem powodzenia i komfortu psychicznego przez pryzmat zadowolenia i pozytywnej oceny osób znaczących, bliskich, zamiast walki lub unikania stresu popadanie w depresję, bezradność lub wybuchanie gniewem; u osób z tej grupy częściej występują

choroby układu sercowo-naczyniowego i nowotwory [21, 22];

- **osobowość typu D** — skłonna do depresji, o niskim poczuciu własnej wartości, wysokim poczuciu winy, nie potrafi dzielić się emocjami, mówić o uczuciach; osoby o tym typie osobowości częściej cierpią na choroby serca, nadciśnienie, łuszczycę i wrzody [22–24].

Należy podkreślić, że nie u każdej z osób o danym typie osobowości musi wystąpić przypisana do niego choroba. Prawdopodobnie jest to związane ze specyficznym, jednostkowym sposobem wegetatywno-somatycznego reagowania na stres, indywidualnymi predyspozycjami oraz wystąpieniem jednego lub kilku czynników ryzyka danej choroby [21].

Skuteczne radzenie sobie ze stresem polega na podjęciu przez człowieka aktywności zgodnej z jego możliwościami, pozwalającej poradzić sobie z wymaganiami, jakie stawia zaistniała sytuacja i obniżeniu doświadczanego napięcia. Jeżeli zaś podjęte działania są nieadekwatne, możliwości postrzegane jako zbyt małe w stosunku do wymagań, może dojść do narastania stresu, a z czasem rozwoju stresu przewlekłego, który może doprowadzić do wyczerpania rezerw organizmu, zaburzenia równowagi wewnętrznej (psychofizjologicznej) oraz pojawienia się zaburzeń w obrębie różnych narządów lub układów (choroba niedokrwienna serca, zawał, zaburzenia rytmu serca, nadciśnienie tętnicze, choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, łuszczyca, nerwice, bezsenność, zaburzenia miesiączkowania i erekcji, depresja, obniżenie odporności immunologicznej) [25].

Rudnicka-Drożak [21] uważa, że schorzeniem o podłożu psychogennym jest zespół hiperwentylacyjny przebiegający z napadową silną dusznością, kołataniami serca i niepokojem, jednak bez potwierdzonych diagnostycznie chorób organicznych. Podobna sytuacja ma miejsce w przypadku wymiotów, pojawiających się w momencie konfliktów społecznych oraz trudnych, frustrujących zdarzeń życiowych. W badaniach przeprowadzonych przez Hilla i Price'a [cyt. za 21] wykazano, że 50% osób z wymiotami psychogennymi straciło rodziców w dzieciństwie. Sugeruje to, według autorów, zwiększoną podatność na wymioty u osób, które doświadczyły odrzucenia emocjonalnego czy porzucenia przez osobę, z którą łączył je wyjątkowo głęboki związek uczuciowy [21].

Podłoże psychologiczne wydaje się być również jednym z czynników etiologicznych w rozwoju otyłości, który ma swoje źródło w dzieciństwie i nieprawidłowych relacjach między matką i dzieckiem (matka odrzucająca emocjonalnie dziecko kompensuje mu ten ubytek zwiększoną ilością pożywienia) [21]. U osoby dorosłej zaś wzmoczone łaknienie może być skutkiem szczególnie traumatycznych przeżyć (śmierć bliskiej osoby, katastrofa) [21]. Krisp [cyt. za 21] stoi na stanowisku, że pokarm może być przyjmowany nałogowo i może speł-

niać tę samą rolę, co leki dla osób nałogowo je zażywających.

W ginekologii i położnictwie również zauważa się znaczący wpływ czynników psychologicznych. Prawidłowe dojrzewanie płciowe oraz regularność cyklu miesięczkowego u kobiet mogą zostać zaburzone na przykład na skutek nagłych silnych bodźców emocjonalnych lub długotrwałego napięcia psychicznego [21]. Zaburzenia cyklu miesięcznego objawiają się jego wydłużeniem, skróceniem lub chwilowym zanikiem miesiączki. Natomiast nieprawidłowości w dojrzewaniu płciowym mogą się przejawiać w postaci opóźnionego dojrzewania, braku menstruacji lub wydłużonego czasu jej zaniku [21]. Zaburzenia dojrzewania często stwierdza się także u osób z niedojrzałością emocjonalną oraz nieakceptujących swej płci i ról z nią związanych, co w konsekwencji, przez układ nerwowy i hormonalny, wpływa na funkcjonowanie narządów płciowych [21].

Rudnicka-Drożak [21] wskazuje również na udział czynników psychicznych w mechanizmie samoistnych poronień, gdzie nagły uraz psychiczny i silne napięcie emocjonalne, przy pewnej nadwrażliwości i skłonności do skurczu mięśniówki i naczyń krwionośnych, wywołują przedwczesną akcję porodową.

Kinas-Budzisz i Ramlau [26] w badaniach własnych dotyczących zależności między konstrukcją psychiczną jednostki bez umiejętności asertywnych a możliwością wystąpienia u niej choroby nowotworowej stwierdzili większą podatność tych osób na choroby somatyczne, z nowotworami włącznie.

Wyniki badań przeprowadzonych przez Wlazło i wsp. [27] dowodzą, że osoby cierpiące na reumatoidalne zapalenie stawów i chorobę Gravesa-Basedowa wykazują cechy osobowości, które predysponują je do gorszego funkcjonowania w życiu codziennym. Badani przez nich chorzy, w porównaniu z osobami zdrowymi, wykazywali się niższym poziomem optymizmu i sensowności, a w konsekwencji gorzej radzili sobie w sytuacjach stresowych [27].

W literaturze przedmiotu wskazuje się również na powiązania wystąpienia objawów astmy bądź ich nasilenia z czynnikami psychologicznymi. Silne emocje, gwałtowny śmiech, płacz, lęk, panika czy gniew, uruchamiają mechanizm (hiperwentylacja, hipokapnia, zwężenie oskrzeli) prowadzący do wystąpienia ataku duszności [28].

W doniesieniach z zakresu psychosomatyki i psychiatrii podkreśla się wpływ negatywnych życiowych zdarzeń na wystąpienie depresji [23, 29]. Przewlekłe trudności, dramatyczne zdarzenia, nierozwiązane problemy oraz tak zwane czynniki podatności na depresję (wczesna utrata matki, brak zaufanej osoby, brak satysfakcji z pracy) znacznie zwiększają prawdopodobieństwo zachorowania na depresję [30, 31]. Wyniki badań Brown i Harris czy Dohrenwend i wsp. wykazały obecność ciężkich, trau-

matycznych, życiowych wydarzeń w okresie poprzedzającym wystąpienie depresji [cyt. za 30].

Stan przewlekłego stresu ma bardzo niebezpieczne następstwa dla zdrowia, głównie z powodu obniżenia odporności immunologicznej, zmiany pracy wielu narządów i układów oraz zmian psychologicznych [18, 32].

Psychosomatyka stara się identyfikować, analizować i wskazywać wszystkie możliwe czynniki psychologiczne, których pojawienie się, zwłaszcza w połączeniu z indywidualnymi predyspozycjami (genetycznymi) czy czynnikami środowiskowymi, może stać się przyczyną indukcji schorzenia.

Rola pielęgniarki

Holistyczne i interdyscyplinarne podejście do pacjenta pozwala na wskazanie, czasem trudnego do zauważenia, związku między zaburzeniami czy dysfunkcjami psychicznymi, na którego ujawnienie się lub zaostrożenie może mieć wpływ wiele czynników, takich jak: predyspozycje genetyczne, stan immunologiczny, zastosowanie niektórych leków, urazy, cechy osobowości, stres, indywidualne zasoby, niska samoocena.

Profesjonalizm zawodowy wymaga od pielęgniarek pełnienia wielu funkcji i ról zawodowych, wzajemnie się uzupełniających i przenikających, zarówno w odniesieniu do ludzi zdrowych, zagrożonych chorobą, jak i do osób chorych [33, 34].

W ramach na przykład funkcji rehabilitacyjnej pielęgniarka/położna musi objąć swoimi działaniami także sferę psychiczną pacjenta [35, 36]. Działania w tym zakresie stanowią ważny element rehabilitacji, ponieważ pozytywne nastawienie pacjenta i wiara w możliwość funkcjonowania, mimo zmienionej sytuacji zdrowotnej, wpływają na uzyskanie pozytywnego efektu całej rehabilitacji oraz na zaangażowaną współpracę pacjenta w usprawnianiu lub odzyskiwaniu utraconych funkcji. W ramach tego działania pielęgniarka powinna tworzyć atmosferę życzliwości i zrozumienia, łagodzić stan napięcia emocjonalnego, pomagać w pokonaniu lęku i braku wiary w efekt terapii i rehabilitacji, zachęcać pacjenta do pokonywania trudności, motywować do intensywnej pracy w zakresie usprawniania oraz wskazywać możliwości samodzielnego funkcjonowania i ponownego podjęcia funkcji życiowych. Nie może także zapomnieć o zaangażowaniu rodziny chorego, aby udzielić jemu wsparcia psychicznego i pomóc w przystosowaniu się do samodzielnego funkcjonowania. Pielęgniarka powinna także motywować chorego do udziału w proponowanej terapii i działaniach na rzecz samopielęgnacji i usamodzielnienia [35, 36].

Istotne jest również, że odbiorcą opieki pielęgniarskiej może być każda osoba, która nie ma możliwości podjęcia odpowiedzialności za własne zdrowie lub osób powierzonych jej opiece. W grupie tej znajdują się oso-

by w każdym wieku, zarówno jednostki, rodziny, jak też inne grupy społeczne [37].

Ważnym pojęciem związanym z powyższymi działaniami jest wsparcie, które Kawczyńska-Butrym [38] określa jako „szczególny sposób i rodzaj pomocy udzielanej poszczególnym osobom i grupom głównie w celu mobilizowania ich sił, potencjału i zasobów, które zachowali, aby mogli sami sobie radzić ze swoimi problemami” i dzieli je na informacyjne, emocjonalne i materialne (rzeczowe, finansowe).

Natomiast Sęk i Cieślak [39] na podstawie badań własnych oraz innych autorów wymieniają następujące rodzaje wsparcia społecznego:

- **emocjonalne** — polegające na dawaniu jednostce komunikatów werbalnych i niewerbalnych typu „jesteś przez nas kochany”, „lubimy cię”, „możesz na nas liczyć”, którego celem jest stworzenie poczucia bezpieczeństwa, opieki, przynależności do grupy, podwyższenie samooceny, wzbudzenie wiary i nadziei;
- **informacyjne** — udzielanie człowiekowi takich informacji, rad, które mogą pomóc w rozwiązaniu problemu, lepszemu zrozumieniu sytuacji; może przybrać również postać informacji zwrotnych, dzięki którym wspierana osoba zyskuje wiedzę o skuteczności podejmowanych przez siebie działań, a także dzieli się doświadczeniem z osobami, które znalazły się w podobnej sytuacji;
- **instrumentalne** — dostarczanie pomocy w rozwiązywaniu zadań życiowych, przybiera postać instruktażu o sposobach postępowania w konkretnej sytuacji, może również modelować skuteczne zachowania zaradcze;
- **rzeczowe (materialne)** — przejawiające się świadczeniem pomocy rzeczowej i finansowej, jest bezpośrednim działaniem na rzecz drugiego człowieka (np. dostarczanie odzieży, lekarstw, środków higienicznych, udzielenie schronienia, mieszkania);
- **duchowe** — jest szczególnym rodzajem wsparcia, zapotrzebowanie na nie pojawia się w krytycznych sytuacjach, na przykład śmierć bliskiej osoby, ciężka choroba.

Winiarski [40] uważa, że wsparcie jest „z jednej strony buforem, który chroni ludzi przed utratą względnie pełnej samodzielności i sprawności życiowej, a z drugiej stymulatorem sił ludzkich niezbędnych w przewyciężaniu trudności, rozwiązywaniu problemów, przekraczaniu granic swoich możliwości”. Odgrywa szczególnie ważną rolę w utrzymaniu zdrowia człowieka, zmniejsza poczucie osamotnienia, chroni przed chorobą, wspomaga procesy zdrowienia, powoduje wzrost samoopieki, wzmacnia chęć przewyciężenia sytuacji trudnej, pozwala modyfikować dotychczasowe przyzwyczajenia lub zmienić nastawienie do dalszego leczenia [40].

Rola pielęgniarki w rehabilitacji psychicznej chorego jest znaczna i opiera się przede wszystkim na bliskim i długim kontakcie z pacjentem [41]. Pielęgniarka powinna wspierać chorego w trudnym okresie powrotu do aktywnego życia oraz pomagać mu w odzyskaniu utraconych umiejętności w celu osiągnięcia jak najbardziej samodzielnej egzystencji i integracji społecznej. Dostrzegając aktualne problemy, wątpliwości i rozterki, powinna okazywać choremu zrozumienie i wspierać w trudnym okresie — dodawać otuchy, pocieszać, rozładowywać napięcia, wytwarzać nastrój sprzyjający poprawie samopoczucia. Powinna także wpływać na kształtowanie pozytywnego stosunku pacjenta do jego własnej przeszłości, zachęcać do tworzenia planów na przyszłość, do podejmowania decyzji i dokonywania wyborów. Jej rola polega również na dostrzeganiu zmian, jakie zachodzą w pacjencie i jego otoczeniu i umacnianiu w nim wiary w sens podjętej aktywności [41]. Pielęgniarka pod kierunkiem profesjonalnego psychoterapeuty może się uczyć stosować psychoterapię podtrzymującą, a po przeszkoleniu może prowadzić psychoterapię grupową oraz rodzin, muzykoterapię, psychorysunek. Powinna również w przemyślany sposób organizować czas wolny pacjentom, umożliwiając im na przykład oglądanie telewizji, korzystanie ze szpitalnej kawiarenki, zapewnienie udziału w gimnastyce, wychodzeniu na spacer oraz zachęcać do czytania książek, prasy. Może także prowadzić treningi umiejętności społecznych, pamiętając przy tym, aby dostrzegać i doceniać nawet najmniejsze postępy pacjentów. Między treningami pielęgniarka może indywidualnie pracować z chorym w celu utrwalenia i rozszerzenia nabytych umiejętności. Czuwa ponadto nad wykonywaniem tak zwanych „zadań domowych” i pomaga w pokonywaniu trudności, na jakie natrafi pacjent. Może prowadzić także psychoedukację chorego i jego rodziny [41].

Podsumowanie

Schorzenia psychosomatyczne uważa się za dolegliwości cielesne, częściowo lub całkowicie wywołane przez czynniki emocjonalne, chociaż same zaburzenia rozwoju emocjonalnego nie są jedynym warunkiem ich powstania [13]. Zaburzenia psychosomatyczne mogą dotyczyć układu sercowo-naczyniowego, oddechowego, moczopłciowego, narządu ruchu lub przewodu pokarmowego, a mogą występować też jako wtórne reakcje somatyczne w następstwie zaburzeń nerwicznych [13]. Dysfunkcje występujące w poszczególnych narządach lub układach w większości przypadków nie przemawiają za uszkodzeniem danej tkanki, a ich genezą jest pierwotna fizyczna reakcja na sytuację konfliktową lub stres [13]. Jednak w niektórych przypadkach, w wyniku długotrwałego i nasilonego stresu, reakcji takiej mogą towarzyszyć uchwytne zmiany organiczne w narządach. W opinii Luban-Plozzy [13] po-

jęcie chorób psychosomatycznych może być niekiedy używane w znacznie szerszym znaczeniu, ponieważ obserwacje kliniczne potwierdzają, że prawie we wszystkich schorzeniach przebieg choroby często ulega zmianie pod wpływem stanu emocjonalnego pacjenta. Należy podkreślić też fakt, że w badaniach prowadzonych w ciągu ostatnich kilkunastu lat wykazano, że system odpornościowy ulega zmianie pod wpływem stanów psychicznych [32]. Istnieje coraz więcej dowodów na to, że stany psychiczne, takie jak zaburzenia depresyjne i stresujące wydarzenia życiowe, wiążą się ze zmianą odporności [13, 32].

Piśmiennictwo

- Heszen-Niejodek I. Rozwój i perspektywy psychologii zdrowia. *Psychologia* 1998; 32: 47–64.
- Motyka M. Koncepcja salutogenetyczna A. Antonovskyego z perspektywy psychologii zdrowia. *Pielęgniarstwo XXI w.* 2005; 3: 39–42.
- Taylor S.E. *Health psychology*. McGraw-Hill, New York 1991; 5.
- Adler N., Stone G. *Psychologia a systemy opieki zdrowotnej*. Nowa Psychol. 1986; 3–4: 40–92.
- Maes S., Leventhal H., Johnson M. (red.). *International review of health psychology*. Chichester, Wiley 1992, vol. I; 9–12.
- Heszen I., Sęk H. *Psychologia zdrowia*. PWN, Warszawa 2007; 19–236, 255–329.
- http://pl.wikipedia.org/wiki/Psychologia_zdrowia, data pobrania 1.06.2010.
- Lazarus R.S. The stress and coping paradigm. W: Bond L.A., Rosen J.C. (red.). *Competence and coping during adulthood*. University Press of New England, Hanover 1980; 28–74.
- Scheier M.F., Carver Ch.S. Effects of optimism on psychological and physical well-being: theoretical overview and empirical update. *Cognit. Theory Res.* 1992; 16: 201–228.
- Suchocka L. Analiza bólu i cierpienia w wybranych chorobach przewlekłych. Interpretacja neologoteoretyczna. W: Stempelová J., Timulák L. (red.). *Výzvy pre psychológiu tretieho tisícročia. Perspektiva z pohľadu logoterapie*. Wyd. UT, Trnava 2003; 141–154.
- Kondraś O. *Psychologia kliniczna*. PWN, Warszawa 1984; 288–312.
- Carson R.C., Butcher J.N., Mineka S. *Psychologia zaburzeń*. GWP, Gdańsk 2003; 1–1224.
- Luban-Plozza B., Pödlinger W., Kröger F., Wasilewski B. Zaburzenia psychosomatyczne w praktyce lekarskiej. *PZWL*, Warszawa 1995; 17–133.
- Gabor M. Ciało a stres, jak unikać fizycznych kosztów ukrytego stresu. *Świat Książki*, Warszawa 2004; 1–324.
- Meyer R. *Somatoterapia. Ciało w psychoterapii*. Wydawnictwo Psychologii i Kultury, Warszawa 1996; 9–46.
- Bomba J. Trauma i stres — znaczenie dla medycyny. *Psych. Prakt. Ogólnolek.* 2002; 4: 225–227.
- Juskiewicz-Borowiec M. Udział stresu w etiopatogenezie wybranych chorób skóry. *Przegl. Dermatol.* 1999; 1: 61–65.
- Marcinkowska-Bachlińska M., Małecka-Panas E. Rola czynników psychicznych w patogenezie chorób czynnościowych przewodu pokarmowego. *Przew. Lek.* 2007; 1: 56–75.
- Mastalski J. Aksjologiczne wymiary walki ze stresem. *Sztuka Leczc.* 2006; 1–2: 59–66.
- Ramlau R., Kinas-Budzisz J. Obecność zachowań asertywnych w życiu człowieka a ryzyko zachorowania na chorobę nowotworową. *Współ. Onkol.* 2002; 3: 187–191.
- Rudnicka-Drożak E. Psychologiczne problemy różnych dziedzin medycyny i wybrane aspekty ryzyka chorób somatycznych. *Med. Ogólna* 1996; 2: 1–11.
- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. Osobowość stresowa (typ D) a ryzyko występowania chorób układu krążenia. W: Kosińska-Dec K., Szewczyk L. (red.). *Rozwój, zdrowie, choroba. Aktualne problemy psychosomatyki*. BEL Studio, Warszawa 2004; 47–98.
- Ogińska-Bulik N. Czy osobowość sprzyja etiopatogenezie chorób? Nowe kierunki badań — osobowość typu D. *Nowa Psychol.* 2006; 2: 5–22.
- Ogińska-Bulik N. Osobowość typu D. Teoria i badania. *Wyd. WSH-E w Łodzi, Łódź* 2009; 19–20: 31, 145.
- Pietrzak A., Janowski K., Bechowska-Mazur I., Krakowska D. Łuszczycza jako przewlekła choroba skóry w kontekście psychologicznym. *Nowa Med.* 2006; 1: 14–19.
- Kinas-Budzisz J., Ramlau R. Obecność zachowań asertywnych w życiu człowieka a ryzyko zachorowania na chorobę nowotworową. *Współcz. Onkol.* 2002; 3: 187–191.
- Wlazło A., Kleszczyński J., Dolińska-Zygmunt G., Leszek J. Wybrane zmienne psychologiczne u pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów i chorobą Gravesa-Basedowa. *Neuropsychiat. Neuropsychol.* 2008; 2: 71–79.
- Talarowska M., Florkowski A., Gałęcki P. i wsp. Rola zmiennych psychologicznych w powstawaniu i przebiegu astmy oskrzelowej oraz funkcjonowanie poznawcze pacjentów. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2009; 77: 554–559.
- Ogińska-Bulik, Juczyński Z. Osobowość, stres a zdrowie. *Wyd. Difin, Warszawa* 2008; 95–133.
- Dudek D. Stres i depresja — próba integracji podejścia biologicznego i psychospołecznego. *Psych. Prakt. Ogólnolek.* 2002; 1: 1–7.
- Landowski J. Zaburzenia depresyjne a mechanizmy stresu. *Psych. Prakt. Ogólnolek.* 2002; 1: 9–13.
- Bartrop R.W., Luckhurst E., Lazarus L. i wsp. Depressed lymphocyte function after bereavement. *Lancet* 1977; 16: 834–836.
- Ciechaniewicz W. Funkcje zawodowe pielęgniarek. *Pielęgniarstwo* 2000; 1997; 31: 6–7.
- Ciechaniewicz W. Funkcje zawodowe pielęgniarek. *Pielęgniarstwo* 2000; 1997; 33: 14–16.
- Ciechaniewicz W. Funkcja opiekuńcza. *Pielęgniarstwo* 2000; 1997; 5: 19–21.
- Ciechaniewicz W. Funkcja rehabilitacyjna. *Pielęgniarstwo* 2000; 1998; 5: 21–23.
- Ciechaniewicz W. Funkcje zawodowe pielęgniarek. *Pielęgniarstwo* 2000; 1998; 6: 9–10.
- Kawczyńska-Butrym Z. Niepełnosprawność — specyfika pomocy społecznej. *Wyd. Śląsk, Katowice* 1998; 86–90.
- Sęk H., Cieślak R. Wsparcie społeczne — sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia społecznego, wybrane koncepcje teoretyczne. W: Sęk H., Cieślak R. (red.). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2004; 14.
- Winiarski M. *Pedagogika społeczna humanistycznie zorientowana* W: Kawula S. (red.). *Pedagogika społeczna: dokonania, aktualność, perspektywy*. Wydawnictwo A. Marszałek, Toruń 2001; 8.
- Kaczmarek K. Rehabilitacja jako nieodzowny element współczesnej psychiatrii. Zadania i czynności pielęgniarki w rehabilitacji psychicznie chorych, <http://www.csk.lodz.pl/index2.php?section=1&mod=articles&akcja=show&id=7> (data pobrania 7.06.2011).