

Skrzyńska, Anna / Skrzyński, Wiesław / Tomkiewicz, Antoni

Psychosomatyka - leczenie człowieka, a nie choroby

Rocznik Żyrardowski 2, 97-111

2003

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych oraz w kolekcji mazowieckich czasopism regionalnych mazowsze.hist.pl.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach
dozwolonego użytku.

Psychosomatyka – leczenie człowieka, a nie choroby

Wstęp

Różnorodność podejść w wyjaśnianiu ludzkich zachowań uwarunkowana jest w znacznym stopniu odmiennością założeń teoretycznych akceptowanej koncepcji człowieka. Przede wszystkim zaś zależy od odpowiedzi na pytania:

- co stanowi podstawę ludzkich dążeń,
- jakie czynniki warunkują – a w niektórych koncepcjach determinują – rozwój osoby,
- jaki jest cel ludzkiego rozwoju i co mu zagraża?

W ostatnich dziesięcioleciach najbardziej rozpowszechnionymi kierunkami w psychologii była psychoanaliza z jej różnorodnymi neofreudowskimi odmianami oraz behawioryzm wraz z teoriami uczenia się. W obydwu przypadkach mamy do czynienia z traktowaniem osoby w kategoriach determinizmu: w psychoanalizie przez wrodzone instynkty, a więc biologicznego, a w behawioryzmie – przez prawa homeostazy i regulacji, a więc społecznego. Zatem zarówno określone właściwości osoby, jak i bieg ludzkiego życia są określone jednoznacznie przez czynniki dziedziczne przynależne naturze ludzkiej lub naciski społeczne.

Osoba jest przede wszystkim jednością. Jest czymś niepodzielnym (individuum). Człowiek nie jest istotą addytywną, lecz integralną. Nie składa się z dodawalnych części (insummabile). I stąd sama osoba jest nieprzekazywalna, a więc każdy człowiek staje się absolutnym novum (Frankl, 1978, s. 108). Dzięki odziedziczonym genom człowiek zostaje określony jedynie w dziedzinie tego, „co ma”, ale nie w dziedzinie tego, kim „jest”. To jednak, co najbardziej ludzkie, może zostać zrealizowane jedynie w rzeczywistym tworzeniu się egzystencji. Tę i taką egzystencję można jedynie umożliwić.

Zaburzenia psychosomatyczne – istota

Określenie pojęcia „psychosomatyka” znaleźć można od niedawna w większości encyklopedii i leksykonów. Najczęściej definiuje się je w następujący sposób:

Psychosomatyka (*psycho-* + gr. *somatikós* ‘cielesny’) *med., psychol.*, dziedzina zajmująca się występowaniem i leczeniem chorób somatycznych, u których podłoża leżą określone przeżycia psychiczne, np. choroba wrzodowa, anoreksja, bulimia (hasło opracowano na podstawie „Słownika Wyrazów Obcych” pod red. prof. I. Kamińskiej-Szmał, autorzy: Mirosław Jarosz i in., 2001).

Psychosomatyka, dział medycyny i psychologii zajmujący się wzajemnymi związkami pomiędzy psychiką a ciałem. Opiera się na istniejącym widocznym wpływie czynników emocjonalnych i psychicznych (często nie uświadamianych) na stan

zdrowia człowieka. Przykładem mogą tu być dwa bardzo częste w ostatnich latach zaburzenia (choroby czynnościowe): jadłowstręt na tle psychicznym (anoreksja) i bulimia (np. Wielka Internetowa Encyklopedia Multimedialna, 2003).

W obu przypadkach same określenia ujmują problem szeroko, natomiast podane przykłady pokazują na zdecydowanie zawężone, nieadekwatne rozumienie tego określenia.

Mamy obecnie często do czynienia z pozornie dwoma sprzecznymi stanowiskami:

- jedni autorzy uważają, iż uwarunkowania psychospołeczne obecne są we wszystkich zaburzeniach zdrowia, a więc wszystkie choroby są w zasadzie psychosomatyczne,
- drudzy podają w wątpliwość sens wprowadzania określenia „psychosomatyczne” (por. Aleksandrowicz, *Zaburzenia nerwicowe*), skoro nawet w zaburzeniach lękowych można wskazać na udział czynników biologicznych.

W ICD-10 pojęcie psychosomatyki pojawia się w kontekście „etiologii mieszanej” dla podkreślenia podłoża psychicznego i behawioralnego w powstawaniu chorób somatycznych.

WHO określa choroby psychosomatyczne jako przebiegające pod postacią zaburzenia funkcji lub zmian organicznych, dotyczące poszczególnych narządów czy układów, w których przebiegu istotną rolę odgrywają czynniki psychiczne.

W DSM-IV zaburzenia psychosomatyczne stanowią grupę zaburzeń, w których obecność objawów somatycznych wskazuje na prawdziwą chorobę ciała, ale objawów tych nie można wyjaśnić zakłóceniem stanu fizycznego. Przyczyną chorób psychosomatycznych może być niewłaściwe przetwarzanie negatywnych emocji, takich jak niechęć, agresja, depresja. W celu ich rozładowania należałoby za każdym razem odreagować wszystkie składniki: komponent psychiczny, motoryczny, wegetatywny. Ale takie zachowania nie zawsze są możliwe i nie zawsze są akceptowane przez samą osobę i jej otoczenie. A nawet może się wiązać z karami. Komponent psychiczny i ruchowy jest często nierozładowany, a to skutkuje nasileniem reakcji wegetatywnej.

Znacznie lepiej przez psychosomatykę rozumieć należy konieczność uwzględniania w zaburzeniach, zmianach chorobowych oraz chorobach poszczególnych narządów współdziałania czynników psychicznych i somatycznych.

Skoro osoba jest jednością, skoro jest niepodzielna, nie można dokonywać sztucznego i niczym nie uzasadnionego dzielenia człowieka na jego funkcje czy odrębnie rozpatrywane narządy i części, zatem **każde zaburzenie ma swoje podłoże w osobie, w chorym człowieku.**

Co więcej – nie tylko przyczyny wywołujące chorobę, a więc nie tylko etiologia, ale także poziom odporności, przebieg choroby oraz jej leczenie zależy od czynników somatycznych i właściwości psychicznych jednostki, najkrócej zależy od aktualnego stanu podmiotu.

Nie można zatem w żadnym wypadku traktować osoby jako mechanizmu złożonego z odrębnych części, które można niezależnie od innych naprawiać czy wymieniać.

Nie ma zatem potrzeby poszukiwać jednej przyczyny i jednego skutku.

Ta sama przyczyna wywołać może odmienny skutek u różnych osób. Ten sam skutek może mieć różną etiologię. Oczywiście występuje wiele podobnych uwarunkowań zaburzeń i wiele podobnych sposobów radzenia sobie z nimi, a w konsekwencji wiele podobnych skutków takich zabiegów. Uwarunkowania, bariera immunologiczna, reakcje całego organizmu, skutek działań terapeutycznych mogą mieć zbliżony charakter. Nigdy identyczny. Podobnie jak nie ma dwóch identycznych osób (por. linie papilarne, żrenica oka, nie mówiąc o kodzie genetycznym nawet u bliźniąt jednojajowych).

Psychosomatyka chce wskazać na konieczność widzenia całej osoby także w chorobie. Nie chodzi w żadnym wypadku o dokonywanie rozdziału, czy poszukiwanie miejsca styku soma i psyche. Chodzi raczej o ujawnienie zaistniałej trudności, stanu niedomagania osoby w zakresie funkcjonowania psychobiospołecznego.

W wąskim znaczeniu przez choroby psychosomatyczne rozumie się zaburzenia wywołane przez świadomość, przeżycia i uczucia będące ich skutkiem. W takim ujęciu psychosomatyka jest ulicą jednokierunkową: od pierwotnych cierpień psychicznych do wtórnych zaburzeń somatycznych stanowiących określoną grupę zaburzeń funkcjonalnych pomyślnie leczonych przy pomocy połączenia metod farmakologicznych i psychoterapii. Pojęcie funkcjonalne oznacza, iż u podłoża zaburzenia leży zasada przyczynowo-skutkowa: zaburzenie funkcji organu zostaje spowodowane inną przyczyną niż uszkodzenie organiczne.

Określenie to ma swoje słabe strony. Nie można bowiem w odniesieniu do człowieka stosować zasady jednoznacznych i niezależnych od siebie przyczyn i skutków. Także zaburzenia psychosomatyczne mogą mieć podłoże wcześniejszych zmian morfologicznych, np. w nadczynności tarczycy.

W zbyt wąskim ujęciu psychosomatyki u podłoża leży dualizm. A więc założenie, iż zaburzenia psychosomatyczne powstają na styku psyche i soma: stany psychiczne wywołują określone objawy somatyczne. Psychosomatyczne oznaczałyby więc rodzaj zaburzeń „mieszanych” (por. Danzer 1994).

Z kolei w podejściu biologicznym mamy do czynienia z interpretacją, iż tylko w granicach wyznaczonych przez uwarunkowania biologiczne dokonuje się jedynie modyfikacja objawów spowodowana psychiczną aktywnością człowieka.

Psychobiologia szuka na płaszczyźnie neurologii odpowiedzi na pytania o przebieg, zapobieganie i terapię chorób infekcyjnych, nowotworowych, alergii. W takim przypadku psychosomatyka przyjmuje nowe określenie jako psychoneuroendokrynoimmunologia, ponieważ opiera się na założeniu, iż zachowania (styl funkcjonowania) i zaburzenia pochodzą ze współdziałania, współzależności c.u.n. i systemu immunologicznego.

Zmiana, stymulacja każdego komponentu powoduje zmianę całego systemu. Przyjmując założenia psychoneuroimmunologii, dostrzegamy zacieranie się granic między zaburzeniami psychicznymi i somatycznymi (Berg, 1997).

Do dzisiaj jednak nie rozwiązano problemu, w jaki sposób medycyna ma uruchomić potencjał psychiczny pacjenta w zakresie wzmocnienia jego systemu odpornościowego oraz wsparcia w trakcie przebiegu choroby i jej leczenia. Co można zrobić, aby człowiek funkcjonował faktycznie w swej całości psychofizycznej czy psychofizyczno-duchowej?

Pytanie to ma wielu zwolenników akceptujących poszukiwania pozytywnej odpowiedzi, jak i wielu sceptyków ciągle wierzących w skuteczność leczenia jednego elementu osoby.

Inną drogą rozumienia psychosomatyki jest podejście do tej dziedziny jako do psychosomatyki zintegrowanej (Arthur Jores): Nie ma żadnego zaburzenia somatycznego, biologicznego, w którego powstaniu, diagnozie, przebiegu i terapii nie brałyby udziału procesy psychiczne, społeczne i duchowe. Klasyczne jest tu określenie Bräutigam (Bräutigam et al. 1992): Medycyna psychosomatyczna jest leczeniem i wiedzą o wzajemnych powiązaniach procesów psychicznych i somatycznych, które człowieka określają w ścisłym powiązaniu z jego środowiskiem. U człowieka nie mamy do czynienia z pierwotnym zaburzeniem i wtórnymi następstwami. Takie podejście jest nieuzasadnione i niewłaściwe. Pierwotne zaburzenie nie pochodzi ani nie dotyczy psychiki, duszy czy ducha albo samego ciała czy procesów w nim zachodzących, ale **zawsze choruje jedność biopsychospołeczna**, nawet wówczas, kiedy na pierwszy plan przebijają się pojedyncze aspekty zaburzenia (Danzer 1994).

Taki punkt widzenia reprezentował już w 1945 roku Otto Fenichel: „każda choroba jest psychosomatyczna, ponieważ żadne zaburzenie somatyczne nie jest całkowicie wolne od wpływów psychicznych” (za: Danzer 1994). Każda funkcja życiowa jest nieustannie modulowana przez stan psychiczny organizmu. Nawet infekcje są zależne od stanu psychicznego osoby, a nawet wypadki mogą się zdarzać z powodów psychicznych.

W każdej chorobie psychika odgrywa określoną rolę. Człowiek stosownie reaguje pomyślnie lub niekorzystnie. **I właśnie owo zajmowanie się poprzedzającym wpływem psychiki na zaburzenia somatyczne można określić somatopsychologią.**

W szerszym znaczeniu musimy jeszcze uwzględnić społeczne i duchowe warunki, które przy powstaniu, przebiegu i pokonywaniu choroby odgrywają znaczącą rolę. I tak np. G. Danzer (1994) mówi w tym momencie o pewnej socjopsychospiritomatyce (Sozio-Psycho-Spirito-Somatik). Przekonania, światopogląd odgrywają tak samo niebagatelną rolę w powstawaniu i przebiegu choroby, jak matryca biologiczna i społeczne uwarunkowania.

Zintegrowana psychosomatyka – to postulat funkcjonowania, standard, jaki powinien obowiązywać w medycynie i psychologii.

Psychosomatyka w takim ujęciu przyjmuje za podstawę całościową medycynę humanistyczną. W każdej terapii, podobnie jak na etapie profilaktyki i diagnozy, powinno się uwzględniać aspekt antropologiczny i psychologiczny każdego zaburzenia. **Nieuwzględnienie tego postulatu powoduje chodzenie niezadowolonego pacjenta od lekarza do lekarza oraz chroniczność choroby przez jednostronne widzenie tylko jej strony somatycznej oraz jednakowe traktowanie każdego pacjenta jako jednostki chorobowej.**

Psychosomatykę można trafnie określić jako **wprowadzenie podmiotu do patologii**. Chodzi o uchwycenie **związku indywidualnej historii życia, jej wewnętrznego przepracowania i interpretacji jako jedności i przejawu w zaburzeniach organicznych.**

W powstawaniu wielu zaburzeń można bez trudu wskazać na czynniki specyficzne, takie jak: obciążenia, zagrożenie, lęk, stres. Ale występują też takie zaburzenia, gdzie nie można wskazać na żadną specyfikę i należy określony przypadek analizować w sposób indywidualny. Dokonywano wielu prób – także w polskich badaniach (por. Wrześniewski, Tylka) – tworzenia charakterystyki chorych psychosomatycznie i odróżniania ich nie tylko od osób zdrowych, ale także od osób z zaburzeniami lękowymi.

W poszukiwaniu podłoża zaburzeń psychosomatycznych klinicyści poszli dwiema drogami (por. Mackenthun, 1998):

- jedni poszukują **cech wspólnych dla wszystkich zaburzeń**,
- drudzy tworzą podgrupy osób chorych na określone zaburzenia i **typowe** dla nich **profile osobowości** (astmatycy, alergicy, chorzy z zaburzeniami krążenia, chorzy na nowotwory itd.).

Wielu oponentów stanowczo twierdzi, iż dolegliwości psychosomatyczne są odpowiedzią na obciążenia uwarunkowane aktualną sytuacją i nie mają nic wspólnego ze wcześniejszą strukturą osobowości. Z drugiej strony podkreśla się fakt, iż **ciało ma małe możliwości komunikowania** i jego mowa jest nie tylko trudna, ale wręcz niemożliwa do odszyfrowania. Ciało „mówi” poprzez mdłości, ból, zapalenia i nowotwory. Zaburzenia funkcjonalne mogą pochodzić nie tylko z przeżywania uczuć negatywnych, aspołecznych, nieakceptowanych, ale także od niespełnionych marzeń, celów, czyli wszystkich tych stanów, które powodują długotrwałe napięcie i które prowadzą ostatecznie do ostrych lub chronicznych zmian somatycznych.

Jako rezultat dotychczasowych rozważań i badań empirycznych można spróbować dokonać następującego podsumowania w zakresie aktualnego ujmowania psychosomatyki:

1. Człowiek nie tylko ma chorobę, nie tylko ją otrzymuje, ale ją tworzy, powoduje.
2. Człowiek może potrzebować swojego cierpienia i skutków choroby.
3. Obserwacja, interpretacja własnego życia i rzeczywistości odgrywa ogromną rolę w powstawaniu zaburzeń.
4. Człowiek jest zorientowany na przyszłość, na tworzące się, nie zdefiniowane ciągle jeszcze cele i pragnienia.
5. Człowiek funkcjonuje ciągle pomiędzy kategoriami: chcieć, móc, musieć, powinno się, wypada. Tu ujawnia się jego wolność, ale także lęk przed rozstrzygnięciem.
6. Pojęciem centralnym jest kryzys. Człowiek funkcjonuje w otoczeniu, wobec którego musi zajmować określone postawy i chce istnieć jako jednostka przepelniona własnymi przeżyciami. Ma poczucie ograniczenia (utruty) kontroli nad własnym istnieniem.
7. Kryzysy i konflikty pochodzą z rozbieżności pragnień otoczenia społecznego i własnych. Wiele ludzkich dążeń ma charakter antylogiczny. Drugi rodzaj kryzysu: konflikt między realizmem a oczekiwaniami.

Psychosomatyka jest i będzie coraz bardziej specjalną dziedziną dla lekarzy oraz specjalizacją dla psychologów. I w tym kierunku powinno zmierzać kształcenie odpowiednio przygotowanych kadr.

Zakres psychosomatyki

Psychosomatyka zajmuje się bardzo wieloma zagadnieniami. Niektórzy psychologowie pomagają pacjentom, jak radzić sobie z bólem, inni prowadzą badania nad czynnikami psychicznymi, wpływającymi na układ odpornościowy, zaś jeszcze inni szukają najlepszych sposobów pomagania ludziom we wdrażaniu zdrowszego stylu życia. Większość teorii i metod psychologii znajduje zastosowanie w dziedzinie zdrowia. Pojęcia opracowane przez teoretyków uczenia się i ich odkrycia pomagają w rozwiązywaniu takich problemów, jak leczenie bólu i kontrola odpowiedzi immunologicznej. Psychologowie kliniczni badają i diagnozują pacjentów, aby sprawdzić, w jakim stopniu mogą oni odnieść korzyści z planowanych operacji. Badania psychologiczne pozwalają także przewidzieć, jak będzie przebiegał proces zdrowienia. Badania i teorie dotyczące przetwarzania informacji przez ludzi pomagają wyjaśnić, dlaczego lekarze stawiają błędne diagnozy lub dlaczego pacjenci nie rozumieją zaleceń medycznych.

Psychosomatyka umożliwiła zarówno prowadzenie badań empirycznych, jak i praktyczne ich zastosowanie w klinikach czy zakładach pracy. Niektórzy psychologowie prowadzą badania podstawowe na zwierzętach, aby dowiedzieć się choć tylko per analogiam, jak nasze organizmy reagują na stres i jaki stres jest najbardziej niebezpieczny. Inni prowadzą programy terapeutyczne, w których uczą ludzi, jak opanować migrenowe bóle głowy i lepiej radzić sobie z cukrzycą.

Psychosomatyka znajduje zastosowanie w każdym punkcie kontinuum rozciągającego się między zdrowiem i chorobą. Psychologowie mogą wspierać leczenie medyczne np. poprzez organizowanie programów radzenia sobie ze stresem dla pacjentów po przebytych zawałach.

Psychologia zdrowia pomaga w zapobieganiu chorobom poprzez uczenie ludzi zmiany zachowań i postaw stwarzających zagrożenie dla zdrowia (np. terapia behawioralna i poznawcza mogą pomagać w rzucaniu palenia lub walce z otyłością).

Immunologom trudno sobie wyobrazić, że mózg kontroluje także reakcje odpornościowe. Tymczasem bowiem wielu uważa, że reakcje odpornościowe to domena chemii.

Układ odpornościowy potrafi jednak włączać się i wyłączać w odpowiednich sytuacjach. Wyniki wielu badań dowiodły, że mózg wpływa na funkcjonowanie układu odpornościowego.

Oto przykładowe badania (za: Sheridan, Radmacher) nad przeszczepami skóry u świnek morskich. Już Pawłow odkrył, że układ nerwowy może zmieniać swoje reakcje na bodźce pierwotnie „neutralne”. Gdy Pawłow włączał dzwonek, a następnie natychmiast podawał psom jedzenie, psy szybko zaczęły wydzielać ślinę na dźwięk dzwonka, nawet jeżeli nie dostawały później pożywienia. Zjawisko to nazwano warunkowaniem klasycznym.

Podobne doświadczenie przeprowadzono ze świnkami morskimi, z tym, że rolę jedzenia odgrywały przeszczepy skóry. Przeszczepy pochodziły od królików, toteż komórki T rozpoznawały je jako ciała obce i atakowały. Zamiast pawłowowskiego dzwonka puszczano muzykę oraz włączano i wyłączało światło. Ponadto zastosowa-

no znieczulenie miejscowe, a po zabiegu na skórze świnki umieszczano ogromny opatrunek. Muzykę, światło, środek znieczulający oraz opatrunek skojarzono zatem z przeszczepem ze skóry królika. Zacytujmy Dwyera (1988): „Co się stanie, jeżeli zrobimy to trzy razy, ale za trzecim razem nie umieścimy na skórze zwierzęcia łątki ze skóry królika? Nie ma skóry, którą należałoby odrzucić, ale po zrobieniu tydzień później biopsji w miejscu, gdzie przeszczep mógłby się znajdować, widać mnóstwo „rozgniewanych” komórek T, rozglądających się za obcą tkanką, której obecności się spodziewały”.

Albo układ odpornościowy nauczył się reagować na bodziec „neutralny”, albo nauczyła się tego odpowiednia struktura kontrolująca ten układ w centralnym układzie nerwowym. Jeżeli wyniki tego doświadczenia zostaną potwierdzone, będzie to oznaczać, że układ odpornościowy uczy się nowych reakcji i prawdopodobnie podlega kontroli układu nerwowego.

Patogeneza zaburzeń psychosomatycznych

Jednym z najważniejszych pojęć w psychosomatyce jest bez wątpienia pojęcie stresu. Stres jest dzisiaj pojęciem wszechobecnym. I chyba nadużywamy.

Stres jest **reakcją organizmu na wymagania, którym nie może sprostać**. Człowiek nie może sobie poradzić przy pomocy używanych dotychczas, wyuczonych sposobów zachowania.

Stres nie jest tylko prostym napięciem psychicznym przed jakimś zadaniem. Sytuacje stresowe są określonymi obciążeniami o zmiennym wyrazie i trwaniu – psychicznymi, interpersonalnymi i społecznymi. Stresorami są najróżniejsze bodźce traumatyczne: toksyczne, infekcyjne i emocjonalne. Powszechnie przyjmuje się, iż otoczenie społeczne z jego wysoką technicyzacją, ciasnotą przestrzenną, naciskiem uciekającego czasu, pośpiechem, wizualnym i akustycznym nadmiarem, lękiem, zagrożeniem i konfliktami są wszechobecnymi przyczynami reakcji stresowych.

Stresory uruchamiają mechanizm stresu, gdy uruchamiają gotowość i pogotowie energetyczne do walki lub ucieczki od zadania. One uruchamiają w organizmie reakcję alarmową. Stres powstaje, gdy metody rutynowe radzenia sobie zawodzą.

Według Salye’go występują zwykle trzy fazy reakcji stresowej:

1. **Reakcja alarmowa**: obniżenie temperatury ciała, obniżenie ciśnienia krwi, obniżenie poziomu cukru we krwi, obniżeniu poziomu limfocytów we krwi, zwiększone wydalanie sodu i potasu. To faza szoku.
2. **Faza oporu i przystosowania** – włączenie sympatycznego układu nerwowego, silne wydzielanie adrenaliny z nadnerczy. Adrenalina mobilizuje konieczne środki: glukozę, wolne kwasy tłuszczowe z rezerw energetycznych wątroby i mięśni. Następnie pobudzana jest praca serca i oddech, podnosi się ciśnienie krwi i ukrwienie mięśni. Równocześnie zostają – choć trochę wolniej – uruchomione inne hormony związane ze stresem (hormon wzrostu, kortyzol). Powodują one stabilizację spowodowaną stresem, przemianę materii, zwłaszcza jeśli sytuacja stresowa przedłuża się.
3. Jeśli jednak skutek właściwy nie następuje mobilizacja hormonalna i nadmiar produktów przemiany materii mogą powodować szkody – pojawia się **faza wyczer-**

pania. Zwykle jednak powraca stan równowagi. Jeśli natomiast stresory działają nadal, zaburzenia funkcji wegetatywnych stają się chroniczne. Jako ich skutek mogą rozwinąć się stany organiczne.

Stres jest najczęściej badany w życiu zawodowym. Tu najłatwiej śledzić obciążenia somatyczne oraz psychosomatyczne. Najmniejsze niedociągnięcia mogą mieć znaczne skutki. Celem badań nad stresem jest określenie tych czynników, które człowiekowi pomagają w radzeniu sobie z trudnościami. Jeśli ktoś nie potrafi znieść obciążeń lub nie umie skorzystać z pomocy innych, dochodzi do głębokich zmian, a zwłaszcza do silnego poczucia niezaradności lub niższości. Lęk i poczucie niepewności są najlepszym podłożem dla stresorów. Idealnym otwarciem bramy dla stresorów jest niezadowolenie ze swojego życia, z małżeństwa, rodziny lub pracy zawodowej.

Przez długie lata na gruncie psychosomatyki poszukiwano mediatorów, współzależności i korelacji procesów chorobowych z czynnikami egzogennymi. Rzeczywistość jednak wskazuje, że choroba jest produktem, wynikiem związku czynników zewnętrznych oraz reakcji człowieka, jego sposobu funkcjonowania w tym otoczeniu. To jest pewien kompleks, model interaktywny, a nie zależność prostolinijna. Żaden schemat reagowania nie jest taki sam, jak kolejny i nie jest taki sam u wszystkich. Ludzie w stresie częściej chorują somatycznie, częściej mówią o trudnościach psychicznych oraz częściej ulegają wypadkom. Stres i choroba są silnie połączone we wzajemnej współzależności. Stres powoduje powstawanie wielu chorób i wiele chorób wywołuje przeżywanie stresu.

Podobnie ujmują tę zależność koncepcje związane z teorią uczenia się. Zakładają one wspólną przyczynę wszystkich psychosomatycznych zaburzeń, a mianowicie długo utrzymującą się wysoką aktywizację organizmu związaną z równoległą i chroniczną stymulacją emocjonalną (pobudzeniem emocjonalnym). To pobudzenie emocjonalne jest w zasadzie sytuacją stresową.

Musi jednak temu pobudzeniu towarzyszyć koniecznie jeszcze jedno: poczucie utraty (ograniczenia) kontroli nad biegiem swojego życia. Owo poczucie stanowi istotny czynnik wywołujący chorobę. Zagrożenie stresorem, odczuwanie bólu prowadzi do zwątpienia i rezygnacji. Przesadny skutek jest określany jako wyuczona bezradność (Seligman 1969).

Niektórzy ludzie reagują na obciążenie nie poszukiwaniem rozwiązania, ale stanem poczucia beznadziejności i bezradności przeradzającym się w chroniczny stres. Zarówno tętno, jak i ciśnienie krwi wzrastają i prowadzi w konsekwencji do zaburzeń funkcjonalnych, a potem i strukturalnych uszkodzeń narządów.

Reakcje na stresory mogą być całkiem indywidualne, niemniej jednak możliwość wyboru nie jest szczególnie duża: ucieczka (unikanie), depresja, samooskarżanie, agresja, opór. Jedni uczą się szybciej, inni wolniej. Jedni nie próbują poszukiwać poprawy sytuacji, a inni tak.

Chroniczne zaburzenia psychosomatyczne stają się zachowaniami wyuczonymi i mogą zostać rozwiązane przez warunkowanie. To błędne koło może zostać oduczone, odwarunkowane przez działania terapeutyczne.

Reasumując, należy mieć zawsze na uwadze następujące uwarunkowania:

1. Kryzysy i sytuacje traumatyczne.
2. Nieuświadomione konflikty i nieprzepracowane stresory.

3. Indywidualny styl funkcjonowania.
4. Konflikty wewnątrzpsychiczne i ich wpływ na relacje międzyludzkie. Zaburzenia komunikacji.
5. Przyzwyczajenia i uwarunkowania (nałogi, nawyki).
6. Czynniki i uwarunkowania społeczne: bezrobocie, inwalidztwo, status społeczno-ekonomiczny (częstsze i cięższe choroby w warstwach społecznie niższych, biedacy i obcokrajowcy). Znaczenie płci: mężczyźni są spostrzegani z jednej strony bardziej przygotowani na obciążenie, tempo, czas pracy, konkurencję. Stąd określa się ich myślących technokratycznie, odpornych na lęk i napięcie emocjonalne. Z drugiej strony ich odporność okazuje się często znacznie niższa od poziomu odporności kobiet, zwłaszcza w zakresie obciążeń długotrwałych.
7. Uwarunkowania polityczne, gospodarcze i społeczne mogą wspomagać zdrowie lub mu zagrażać.
8. Nie ma jednoznaczności do chwili obecnej co do „wyboru” narządu, jaki ulega zaburzeniu. Podobnie jak występuje zróżnicowanie ludzkich reakcji. W tej samej, niezmiernie trudnej, sytuacji jedni mogą się śmiać, inni płakać. I wcale nie oznacza, że śmiech świadczy o „lżejszym” przeżywaniu tej sytuacji.

Pytanie, czy choroba psychosomatyczna jest bardziej reakcją na środowisko, czy bardziej zależy od dziedziczenia jest nieistotne. Współczesna psychologia wskazuje jednoznacznie ma wielowymiarowość uwarunkowań zaburzeń psychosomatycznych: somatyczne i psychiczne, dziedziczenie i środowisko, faktyczne czynniki wyzwalające i subiektywne ich przepracowanie (interpretacja), rodzinne i społeczne oraz zmiany organiczne. Tak powstaje jedyny, niepowtarzalny, indywidualny obraz zaburzenia. Oczywiście z drugiej strony poszczególne zaburzenia są spostrzegane jako mające pewną charakterystyczną istotę i przebieg niezależny od pojedynczej osoby (por. badania nad etiologią zaburzeń u bliźniąt 1- i 2-jajowych).

Nie jest możliwe w sposób matematyczno-statystyczny wyrazić sytuacji życiowej żadnej osoby. Nie da się powtórzyć żadnej sytuacji, żadnego przeżycia, żadnego spotkania, żadnego cierpienia i żadnej śmierci. Tym bardziej sposobu reagowania, stosowanych mechanizmów obronnych, własnej interpretacji. Za każdym razem mamy do czynienia z jakimś indywidualnym, niepowtarzalnym przeżyciem i wyborem.

Już Freud zajmował stanowisko redukcjonistyczne – kładł nacisk jedynie na procesy wewnątrzpsychiczne, pomijając czynniki społeczne, które potem neopsychologia uznała za ważne.

Pacjent zostaje sprowadzony w leczeniu do biernego świadka swojej choroby. Ma poddać się wiedzy lekarza, zabiegom szpitalnym. Zostaje uwolniony od udziału w terapii. Pacjent także 100 lat po Freudzie jest zadowolony, kiedy zostanie odkryte przyczyna somatyczna, organiczna, jakaś uchwytana, zrozumiała, prosta, kiedy nie musi poszukiwać w gąszczu własnej historii życia. Mało tego – on nie musi się wysilać, nie musi niczego rozumieć, niczego zmieniać. Pacjenci często są określanymi przez terapeutów jako „**emocjonalni analfabeci**”, ponieważ nie są zdolni do wyrażania, określania swoich uczuć, przeżyć. Nie potrzebują i nie mają ochoty podejmować wysiłku uczestnictwa w terapii. Znacznie lepiej, by ktoś za nich wszystko rozpoznał i załatwił. Wygodnie, bez wysiłku.

Znaczną rolę odgrywają oczekiwania i procesy adaptacji zarówno do choroby, jak i jej skutków (radzenie sobie, przewyciężanie – ang. Coping). Czasami choroba ma funkcję adaptacyjną i pełni rolę mechanizmu obronnego.

Z kolei proces compliance polega na przyjęciu i przestrzeganiu reżimu medycznego terapii.

Wszystko podporządkowane woli lekarza, cała współpraca pacjenta określona zostaje przez lekarza.

Podziały zaburzeń

Wszelkie podziały nie mają sensu. Choruje człowiek, osoba, jedność, całość zintegrowana, niepodzielna, niesumowalna (nieaddytywna), a więc nie składająca się z żadnych części, elementów czy funkcji.

Podziały zaprzeczają podstawowym założeniom, dotyczącym natury i istoty człowieka.

Aby uchwycić wpływ i udział psychiki w poszczególnych zaburzeniach, dokonuje się mimo to różnorodnych podziałów zaburzeń. I tak np. Danzer dzieli zaburzenia na:

A) zaburzenia tradycyjnie rozumiane jako psychosomatyczne: astma, nadczynność tarczycy, wrzody żołądka i dwunastnicy, zaburzenia krążenia, zwłaszcza nadciśnienie tętnicze.

W Leksykonie Psychologii Meyersa (1986) do tej grupy zalicza się także zaburzenia dróg oddechowych, alergie, zaburzenia funkcjonalne serca (Herzneurose) i bóle głowy.

Inni autorzy, np. F. Alexander dodaje jeszcze artretyzm i egzemę do zaburzeń o charakterze ściśle psychosomatycznym. W ostatnim czasie (por. definicje encyklopedyczne) kładzie się zwykle nacisk na zaburzenia pracy serca oraz zaburzenia jedzenia jako typowo psychosomatyczne.

B) W grupie drugiej zaburzeń nie jest tak jednoznacznie widoczny udział czynników psychospołecznych lub psychicznych – wymienia się tu infekcje i zaburzenia ciśnienia krwi. Równocześnie zwraca się w nich uwagę, iż te zaburzenia somatyczne powodują w efekcie dalsze zaburzenia psychiczne. Związek historii życia, wewnętrznego przepracowania może konkretne zaburzenie rozszerzyć, ograniczyć, skrócić lub przedłużyć jego przebieg. W przypadkach tego rodzaju zaburzeń postuluje się konieczność bardzo indywidualnego traktowania każdego pacjenta, uwzględniającego konkretną przeszłość osoby.

To jest punkt wyjścia dla właściwego widzenia zaburzenia somatycznego i psychicznej reakcji na nie. W takim ujęciu wprowadza się nowe pojęcie „**somatopsychologii**” i **ogranicza się ją do analizy reakcji psychicznej na chorobowe zmiany organizmu**. Dotyczy to przede wszystkim przypadków zmian hormonalnych w określonym wieku, np. przeżywanie niepewności, obojętności, smutku związanego z utratą niezależności, podporządkowanie się słabości, ograniczeniom spowodowanym chorobą itd.

C) Zaburzenia chroniczne i związane z nimi problemy postawy wobec choroby: akceptacja terapii przez pacjenta, akceptacja warunków funkcjonowania.

- D) Ciężkie przypadki medyczne, które muszą zostać przed i po zabiegu przepracowane: przede wszystkim transplantacje, bypassy, operacje na otwartym sercu. Tu szczególnie jest konieczna współpraca lekarza i psychologa, aby pacjent poradził sobie ze swoimi lękami.
- E) Sytuacje ekstremalne w medycynie paliatywnej (hospicja). Często mamy do czynienia z kryzysami egzystencjalnymi, sensem cierpienia, umierania i śmierci. Towarzyszenie pacjentowi w tych godzinach i współpraca w tworzeniu akceptacji w sytuacjach ekstremalnych.

Terapia

Celem psychoterapii jest pomoc w poznawaniu swoich możliwości i postępowania zgodnie z tym poznaniem, by stawać się sobą, pomoc w konstruktywnej konfrontacji z rzeczywistością (Mitwelt). Środkiem osiągnięcia tego celu jest stosunek terapeuty do pacjenta, mający charakter spotkania (Mitsein), komunikacji jednej egzystencji z drugą.

Efektem tego spotkania jest znalezienie takiego sposobu istnienia, który byłby możliwym do zniesienia „istnieniem w świecie” (In-der-welt-sein). Nie chodzi tu jednak o formę jakiegokolwiek przystosowania się – jak podkreśla to z naciskiem R. May (1973, 1978) – lecz takie realizowanie swego istnienia, by człowiek przeżywał je jako coś realnego i istnienia w pełni poprzez odwagę odkrywania i realizowania swoich możliwości.

Psychoterapia musi spełniać następujące warunki:

- kontakt terapeuta-pacjent przede wszystkim oparty na pełnym zaufaniu,
- bezpieczny, bezlękowy klimat,
- zrozumienie, co jest naprawdę ważne dla pacjenta, co jest jego celem,
- odzyskiwanie przez pacjenta jasności myślenia w atmosferze akceptacji,
- wzmocnienie mocnych stron osobowości, odzyskiwanie autonomii,
- ukonkretnianie perspektyw na przyszłość, możliwości rozwiązania problemów.

Zdrowie i choroba są dwoma ściśle związanymi pojęciami. Choroba jest ograniczeniem wolności, którą oferuje zdrowie, radość ze zdrowia. Już Freud uważał: zdrowie to móc pracować i kochać. Logos i eros – dwie pełne nadziei siły zdrowego rozwoju jednostki.

Trudności psychosomatyki

1. Chodzi o widzenie całości człowieka, obydwu części psyche i soma. Psychosomatyka medycyną całościową. To jest trudne i zbyt wymagające. I bardzo kosztowne.
2. Im więcej leków, tym bardziej podejście techniczne, mechaniczne bierze górę. Nawet zaburzenia lękowe i depresyjne leczy się farmakologicznie. Leki są silniejsze od cech osobowości.
3. Mechanizmy psychofizyczne są trudne do zbadania, a fakt wyboru organu „do zachorowania” do udowodnienia. I tu rodzi się pytanie zasadnicze: czy istnieje „osobowość chorobowa”, np. nowotworowa, zawałowa itp.?

4. Wpływ stresorów jest niewątpliwie oczywisty, ale nie jednoznaczny, różny u poszczególnych osób. Nietrudno udowodnić, iż istnieje ogromna różnorodność czynników wywołujących i programujących chorobę.
5. Udział czynników niezależnych od człowieka, losowych. Ten sam człowiek reaguje w różnorodny sposób: neurotycznie, dojrzałe, obojętnie itd. Poszukiwanie wspólnych cech, podobieństw u pacjentów z podobnymi (nie jednakowymi !!!) chorobami: różne predyspozycje, różne historie, różne odpowiedzi na chorobę. To cała paleta zróżnicowanych i bardzo indywidualnych stylów.
6. Właściwości systemu nerwowego, który jest pomostem między ciałem i psychiką. Zaburzenia w zakresie funkcji c.u.n. Zróżnicowanie właściwości somatyczne poszczególnych organów, podobnie jak zróżnicowanie psychiczne.
7. Geny. Wiedza o nich dopiero powstaje.
8. System immuno-endokrynologiczny – indywidualna odporność, wola zachorowania.
9. Poziom komunikacji soma i psyche – na płaszczyźnie psychoneuroimmunologii.
10. Problem równoczesności przeżyć i doświadczeń życiowych oraz choroby somatycznej. Choroba jest często jedynie „kropką nad i”.
11. Poszukiwanie indywidualnego znaczenia, sensu lub ponadindywidualnej istoty określonej choroby może być pozbawiony sensu. Tak jak duch (Geist) ma moc nad ciałem, tak też ciało ma moc nad duchem. Równocześnie zarówno ciało, jak i życie psychiczne mają swój indywidualny przebieg, a procesy emocjonalno-motywacyjne mają ograniczony wpływ. Współdziałanie ciała i duszy jest prawdopodobnie znacznie silniejsze niż jest to zbadane.
 Albert Camus: Świat jest światem, życie jest życiem, człowiek jest człowiekiem, one nie mają żadnego sensu, jeśli ja go nie odkryję, jeśli im go nie przypiszę. Choroba ma zatem taki sens, jaki ja jej nadam. Ponad ten nie ma żadnego. Stopień odpowiedzialności za zachorowanie jest sporny i nieokreślony.
 W żadnej dyscyplinie naukowej nie ujmuje się człowieka jako jedności psychobiospołecznej. Zarówno w medycynie, jak i w psychologii. Jest to zresztą niemożliwe, aby równocześnie ujmować wszystkie uwarunkowania genetyczne, endokrynologiczne, neurologiczne, patologii komórek, uwarunkowania rodzinne i społeczne od dzieciństwa, dorastania aż do chwili obecnej, swoje odżywianie, życie zawodowe, wszystkie znaczące przeżycia itd.
 Każda z dyscyplin zajmuje się przede wszystkim swoją specyfiką.
12. Życie ludzkie przebiega w pewnej homeostazie somatyczno-psychicznej. Choroba jest jej naruszeniem. Ponadto istnieje pewna równowaga komunikacji, pewien rytm życia. Rytm miesięczkowania, rytm snu i czuwania. Rytm pór dnia i pór roku. Naturalny rytm wyznaczający np. podatność na depresję. Rytm zależny od natury, mniej od stanu psychicznego.
13. Wiele jeszcze niejasności w medycynie i psychologii – najwięcej w etiologii.
 W psychosomatyce musimy zmienić sposób myślenia:
 1. Należy rozstać się z myśleniem w kategoriach: przyczyna – skutek. Współzależność ciała i psychiki oraz otoczenia i jednostki zawiera ogromną ilość etapów i czynników, których nie sposób uwzględnić. Ponadto wiele z nich zależy od przy-

padku i takich czynników, których nikt nie jest w stanie rozpoznać i przewidzieć. To jest podstawa, która nie pozwala określić wymiarów osobowości i specyficznych modeli dla poszczególnych zaburzeń. Często wskazuje się na uwarunkowania i korelacje poprzez konstrukcję pewnych zależności po przeprowadzeniu badań.

2. Trudność odróżnienia uwarunkowań pośrednich i bezpośrednich w powstawaniu zaburzeń i ich przebiegu. Aktywność genowa, biologiczna natura człowieka to niewątpliwie przyczyny bezpośrednie. Podobnie fizjologia, rozwój somatyczny i psychiczny. Te przyczyny nie są dowolnie zmieniane. Przyczyny pośrednie pochodzą, wynikają z przyczyn bezpośrednich: cechy osobowości. One nie są wprawdzie dowolnie formowane, ale są zależne od określonego otoczenia i własnego udziału. Obydwa rodzaje przyczyn działają równocześnie.
3. Obok z jednej strony komunikacji na płaszczyźnie soma – psyche istnieje drugi rodzaj komunikacji – obieg (koło) współdziałania wszystkich organów i systemów: nerwowego, hormonalnego, immunologicznego.
4. Myślenie i zachowanie jest uwarunkowane wieloma czynnikami: nie ma szans na znalezienie jednego czynnika – jakiejś cechy osobowości czy mechanizmu. Żaden pojedynczy czynnik nie jest jedynie odpowiedzialny za powstanie choroby.
5. Psyche wpływa w wieloraki i mało rozpoznany sposób na procesy somatyczne. Soma wywiera natychmiast wpływ na psychikę: powoduje z troską i wzmożoną obserwacją. Ten wpływ jest silny i bardziej bezpośredni niż odwrotnie.
6. Nie można zatem prowadzić psychoterapii bez znajomości stanu medycznego oraz leczenia tradycyjnego bez psychoterapii.
7. Korelacja między cierpieniem, objawami i wymiarem organicznym ma swoje granice: często mamy do czynienia z paradoksem występowania objawów bez zmian organicznych. Człowiek może cierpieć i nie być chorym w znaczeniu somatycznym i może chorować z powodu nieadekwatnych, lekkich przyczyn, ale może także nie zachorować mimo ciężkich infekcji.
8. Wymaga wielu lat starannie przygotowanych badań poszukiwanie związku określonych zaburzeń somatycznych i predyspozycji osobowościowych. Czy jest rzeczywiście koniecznością występowanie określonego wymiaru psychicznego, aby mogło wystąpić uszkodzenie określonego narządu?
9. Istotne w psychoterapii – pomoc w adaptacji do nowych możliwości i stanu choroby oraz jej skutków. W wymiarze indywidualnym, rodzinnym i społecznym.
10. Żaden terapeuta nie może objąć, zintegrować wszystkich problemów leczenia. Musi być współpraca lekarza, psychologa, opieki pielęgniarskiej. Człowiek nie jest nieograniczony. Nie ma szans jakiejś wielkiej przebudowy osobowości. Czasami nieznaczna pomoc w akceptacji swojego stanu to już wiele.

Mimo wielu zabiegów lekarzy, aby się troszczyć o całego człowieka, nadal dominuje tendencja ugruntowana w naukach przyrodniczo-technicznych, aby częścią subiektywnych potrzeb ludzkich w medycynie się nie zajmować. „Medycyna gadana” – jak określa się czasami psychoterapię – musi być do tego często opłacana prywatnie.

Wiele klasycznych zaburzeń psychosomatycznych, jak nadciśnienie, astma, wrzody żołądka zostały włączone w zakres medycyny, gdzie poszukuje się predyspo-

zycji somatycznych lub obecności bakterii jako uwarunkowań w rozwoju danej choroby.

W dalszym rozwoju jest prawdopodobne, iż także dolegliwości bólowe oraz zaburzenia pracy serca zostaną uznane za zaburzenia organiczne.

Z drugiej strony psychologia poszerza znacznie widzenie psychosomatyki i stawia pytania w rodzaju:

- Dlaczego zachorowałem?
- Dlaczego zachorowałem właśnie na tę chorobę?
- Co ta choroba oznacza dla mnie?
- Co mogę zmienić lub poprawić w moim życiu?

Podział na zaburzenia psychiczne i fizyczne jest w zasadzie niemożliwy, ponieważ wszystkie zaburzenia mogą być ujmowane jako psychosomatyczne, somatopsychiczne względnie biopsychospołeczne.

Takie podejście pozwala równocześnie określić sposoby prewencji zanim jeszcze ostatnia przyczyna wywołująca chorobę zostanie wyjaśniona. Ponadto psychosomatyka ma za zadanie po rozpoznaniu uwarunkowań biologicznych, psychicznych i społecznych wzmacniać własne „siły lecznicze” tak dalece, jak to tylko możliwe (por. Kraiker, Peter, 1998).

Mimo całego postępu medycyny znajduje się ona w dziwnej sytuacji. Wielu ludzi w związku ze sposobem ich traktowania, nieliczenia się z pacjentem nie tylko w zakresie terapii, braku komunikacji ucieka do paramedyków i uzdrowiaczy.

Niektóre badania (np. Niemcy: W. Wesiack) wskazują, iż zaburzenia psychosomatyczne stanowią 40–60% zaburzeń i wymagają od początku stosowania równoczesnej psychoterapii. W przeciwnym wypadku wzrasta znacznie ich chroniczność. Bliskość pacjenta i lekarza jest jedynie postulatem, bo: mało jest czasu dla pojedynczego pacjenta. Ten brak czasu powoduje pośpiech, brak czasu na rozmowę.

Zaprzepaszczona zostaje szansa odpowiedzi na pytanie: jak do tego doszło? Psychosomatyka powinna być filozoficznie zorientowaną osobistą psychosomatyką, a nie redukcją osoby do jej choroby lub chorego narządu. Stanowi to rozdzielenie człowieka od jego przeżyć i jego otoczenia. Zrozumienie ciałek krwi lub bazy molekularnej nie stanowi w żadnym wypadku podstawy poznania indywidualności osoby. Człowiek stanowi system biopsychospołeczny. Nie bez znaczenia obok nacisku braku czasu ogromną rolę odgrywa nacisk kosztów.

Należy jednak także postawić pytanie, czy w każdej chorobie można rozpoznać strukturę nieświadomości i osobisty udział w całym zakresie? Czy powinien zatem każdy objaw, każda najzwyczajniejsza choroba stwarzać tyle problemów? Jeśli człowiek dobrze radzi sobie ze swoim zaburzeniem czy jest konieczna i sensowna intensywna psychoterapia jego całej sytuacji życiowej?

Przede wszystkim infekcje i wypadki, które s i ę s t a j ą, mogą nie mieć powiązania z aktualnym stanem psychicznym. U ich podłoża leży przypadek.

Zatem zupełnie co innego ma miejsce w zaburzeniach chronicznych i długotrwałych, gdzie jest właściwe miejsce dla podejścia psychosomatycznego. Tu ma sens odkrywanie właściwego znaczenia choroby. Można i należy poszukiwać czynników towarzyszących, osobistych predyspozycji oraz czynników psychicznych wywołających i podtrzymujących działanie czynników chorobotwórczych.

Zatem: wrodzone predyspozycje muszą zostać włączone w obciążenia konkretnej historii życia oraz uwzględnić dynamikę procesów wewnętrznych uwarunkowań społecznych, które dane zaburzenie „trzyma” przy życiu i powoduje jego określony przebieg.

Często choroba na pierwszy rzut oka wydaje się pozbawione sensu, związku z osobistą biografią. Podejście techniczne w medycynie zostawia ją samej sobie. Psychosomatyczne – może lepiej humanistyczne, całościowe – podejście chce zrozumieć całość, która choruje. Stąd konieczność ścisłej współpracy psychologa i lekarza w poradni i szpitalu.

Literatura

1. Berg D.: Psychosomatik zwischen Theorie und Grundlagenforschung. Frankfurt/Main 1997.
2. Bräutigam W. i in.: Psychosomatische Medizin. Stuttgart. 1992
3. Danzer G.: Eros und Gesundheit. Psychosomatik, die Medizin von morgen. Berlin 1994.
4. Frankl V.E.: Psychoterapia dla każdego. Warszawa 1978.
5. Kraiker Ch., Peter B.: Psychotherapieführer, w C.H. Beck, München 1998, S. 27–34.
6. Mackenthun G.: Einführung in die Psychosomatik und Somatopsychologie. Berlin 1998.
7. May R.: Psychologia i dylemat ludzki. Warszawa 1973.
8. May R. Miłość i wola. Warszawa 1978.
9. May R.: Odwaga tworzenia. Poznań 1994.
10. Sheridan Ch.L., Radmacher S.A.: Psychologia zdrowia. Warszawa 2001.
11. Wesiack W.: Psychosomatische Medizin. München-Wien-Baltimore 1996.

Psychosomatics – curing the human, not the disease

Summary

In the Authors' opinion, human behaviour is conditioned by the basis of human aspirations, as well as by factors determining the development of a human. Hereditary gene pattern enables us to find out **what** a human **has**, while we are still unable to say **who/what** he **is**. The Authors the move on to discuss: a) the nature of psychosomatic disturbance, b) the scope of psychosomatic, c) the pathogenesis of psychosomatic disturbance, d) the classification of disturbance, and e) psychosomatic therapies. They state that a human should be seen as a “whole” that is made up of the “psyche” **and** the “soma”, so it is this “whole” that should be the patient to treat.