

JACEK OLSZEWSKI

Wpływ osobowości na choroby i dysfunkcje somatyczne. Wybrane zagadnienia

The influence of personality on somatic diseases and dysfunctions. Selected issues

Osobowość jako względnie stała i spójna organizacja dyspozycji i schematów reagowania człowieka (por. Olszewski 2001) niewątpliwie może sprzyjać rozwojowi różnych zaburzeń, w tym również chorób somatycznych. Osobowość może także stanowić jeden z kilku czynników, które determinują powstawanie i rozwój choroby fizycznej. Czynniki osobowościowe – obok innych czynników natury psychologicznej – niewątpliwie mogą również mieć wpływ na przebieg istniejącej już choroby, przyczyniając się do zaostrzenia symptomów, np. w astmie, chorobie wieńcowej czy chorobie wrzodowej.

Istotną rolę osobowości i procesów psychicznych w genezie chorób akcentują psychoanalicy, m.in. Franz Alexander, uznawany za twórcę psychosomatyki. Zakładają oni wpływ czynników natury psychicznej na powstawanie i rozwój chorób somatycznych, zwanych dlatego psychosomatycznymi (zob. Heszen-Niejodek, Wrześniewski 2000).

W początkowej części niniejszego opracowania zostanie przedstawiona istota chorób psychosomatycznych, następnie będzie omówiony wpływ osobowości na rozwój chorób na podstawie teorii osobowości, mającej największy wkład w poznaniu czynników i patomechanizmów psychosomatycznych. W dalszej części zostanie poruszona kwestia możliwości udziału zaburzeń osobowości, wyodrębnionych we współczesnych wiodących klasyfikacjach zaburzeń (ICD-10 i DSM-IV) w powstawaniu zaburzeń pod postacią somatyczną.

CHOROBY PSYCHOSOMATYCZNE I IDEA PSYCHOSOMATYKI

W celu zrozumienia zależności zachodzących między osobowością (będącą jedną z ważnych zmiennych psychologicznych) a chorobą somatyczną należy odwołać się do definicji chorób psychosomatycznych i do idei psychosomatyki.

Obecnie – wychodząc z założenia, że w powstawaniu każdej choroby fizycznej pewien udział, większy lub mniejszy, mają czynniki psychologiczne – wprawdzie odchodzi się od terminu „choroby psychosomatyczne” (dlatego nie są one wyodrębniane we współczesnych klasyfikacjach ICD-10 i DSM-IV), to jednak niewątpliwie istnieją schorzenia, w przypadku których zależności psychosomatyczne wydają się szczególne.

Choroby psychosomatyczne zwykle się definiować jako takie choroby w etiopatogenezie, w przebiegu których istotna rola przypada czynnikom psychicznym (por. Jarosz 1983), przy czym czynniki te mogą stanowić zarówno jedyną podstawową lub znaczącą przyczynę wystąpienia, jak i zaostrzenia tych chorób (Bilikiewicz 1998). Natomiast w definicji Światowej Organizacji Zdrowia oddziela się dysfunkcje od chorób somatycznych i podkreśla rolę czynników psychicznych w przebiegu tych chorób. Według tej definicji choroby psychosomatyczne są to „choroby przebiegające albo pod postacią zaburzeń funkcji, albo zmian organicznych dotyczących poszczególnych narządów czy układów, w przebiegu których czynniki psychiczne odgrywają istotną rolę w występowaniu objawów chorobowych, ich zaostrzeniu i zejściu choroby”.

Z przedstawionych definicji wynika, że czynniki psychiczne mogą mieć wpływ zarówno na powstawanie, jak i na przebieg choroby somatycznej. Jednak wiele danych wskazuje na większą ich rolę w przebiegu już istniejącego schorzenia (np. w zaostrzeniu lub łagodzeniu objawów czy w leczeniu) niż w jego etiopatogenezie.

Jarosz (1983) proponuje prosty podział zaburzeń psychosomatycznych na: **choroby somatyczne zasadniczo psychopochodne i zaburzenia czynnościowe.**

Do chorób somatycznych zasadniczo psychopochodnych zalicza się m.in.: choroby układu krążenia (nadciśnienie pierwotne, chorobę wieńcową), dychawicę oskrzelową, chorobę wrzodową żołądka i dwunastnicy, zapalenie wrzodziejące jelit, dermatozy (np. atopowe zapalenie skóry), nadczynność tarczycy, gościec pierwotnie przewlekły, cukrzycę, migrenowe bóle głowy, anoreksję i bulimię (por. Heszen, Sęk 2007; Rosenhan, Seligman 1994).

Natomiast zaburzenia psychosomatyczne czynnościowe w ICD-10, nadal nazywane nerwicowymi, odpowiadają zaburzeniom konwersyjnym (F44) i zaburzeniom pod postacią somatyczną (F45) (Pużyński, Wciórka 1997). W dalszej części tego opracowania będą nazywane dysfunkcjami somatycznymi.

Podejście psychosomatyczne klasyczne, wywodzące się od Alexandra, uwzględniające wpływ czynników psychicznych na funkcje somatyczne, sku-

piające się na czynnikach psychicznych, głównie osobowości, stanach emocjonalnych i stresie, w rozwoju chorób fizycznych narodziło się w pierwszej połowie XX wieku (Bishop 2000; Wrześniewski, Heszen-Niejodek 2000). Jednakże podstaw psychosomatyki należy doszukiwać się już w okresie starożytności, w poglądach Hipokratesa, Galena, według których ciało i umysł są ze sobą wzajemnie powiązane i wywierają na siebie istotny wpływ. Zbieżna z tymi poglądami wydaje się naturalistyczna koncepcja zdrowia i choroby wywodząca się ze starożytnej naturalnej medycyny chińskiej, która także zachowaniu i emocjom przypisuje duży wpływ na zdrowie (por. Bishop 2000).

Ponieważ model biomedyczny opiera się na kartezjańskiej idei dualizmu ciała i umysłu oraz traktuje zdrowie i chorobę ciała w sposób mechanicystyczny, okazał się niewystarczający w wyjaśnianiu patomechanizmów chorób przewlekłych, zwanych cywilizacyjnymi (takich jak: choroby układu krążenia, nowotwory złośliwe), pod koniec XX wieku nastąpił wzrost zainteresowania ideami starożytnymi, uznającymi wzajemne powiązania ciała i umysłu (Bishop 2000). Potwierdzeniem zasadności takiego stanowiska są wyniki badań z zakresu neurobiologii, neuroimmunologii i psychoneuroimmunologii, które potwierdzają istnienie zależności między stanami psychicznymi, głównie emocjonalnymi, a zmianami zachodzącymi w sferze somatycznej (Ścigała 2001). Dlatego zasadne wydaje się opieranie na poszerzonym modelu biopsychospołecznym, zgodnie z którym w genezie chorób, oprócz niezwykle ważnych czynników natury biologicznej, należy uwzględniać uwarunkowania psychologiczne i społeczne, takie jak: sytuacje stresowe tkwiące w środowisku, ryzykowne zachowania składające się na niezdrowy styl życia i oczywiście czynniki osobowościowe, które stanowią przedmiot niniejszego opracowania.

O ile wczesna psychosomatyka poszukiwała prostych zależności między czynnikami i mechanizmami psychologicznymi a chorobami somatycznymi, o tyle współczesne nurty badań w tym obszarze uwzględniają złożoną, wieloczynnikową i interaktywną etiologię i złożone patomechanizmy chorób (Tuszyńska-Bogucka 2007).

Do współczesnych wielopłaszczyznowych nurtów badań dotyczących obszaru psychosomatyki zalicza się medycynę psychosomatyczną i medycynę behawioralną.

Medycyna psychosomatyczna jest zorganizowanym obszarem naukowym, który zajmuje się badaniem interakcji czynników psychologicznych i medycznych, mogących mieć wpływ na chorobę, opierającym się na holistycznym ujęciu człowieka (Tuszyńska-Bogucka 2007).

Natomiast medycyna behawioralna jest ważną interdyscyplinarną dziedziną zajmującą się rozwojem i integracją wiedzy z zakresu nauk behawioralnych i biomedycznych, pozwalających na zrozumienie zdrowia i choroby, oraz zastosowaniem tej wiedzy w profilaktyce, diagnozie, leczeniu i rehabilitacji (Weiss, 1987, za: Heszen-Niejodek, Wrześniewski 2000).

WYBRANE TEORIE OSOBOWOŚCI WYJAŚNIAJĄCE ROLĘ OSOBOWOŚCI W POWSTAWANIU I PRZEBIEGU CHOROÓB SOMATYCZNYCH

Spośród znanych teorii osobowości tylko niektóre podkreślają udział własności wewnątrzpsychicznych w powstawaniu i przebiegu chorób somatycznych. Należą do nich niewątpliwie: podejście psychodynamiczne i poznawcze oraz teorie cech. Jako prekursorskie, stanowiące punkt wyjścia do dalszych rozważań, zostanie przedstawione podejście psychodynamiczne, ze zwróceniem uwagi na klasyczne poglądy Alexandra, Dunbar, Hamiltona i współczesne teorie wchodzące w skład tego nurtu. Następnie zostanie zasygnalizowana rola czynników biologicznych w genezie schorzeń z uwzględnieniem wiedzy z zakresu neurobiologii. W dalszej kolejności zostanie zaprezentowane podejście poznawcze, a także typy osobowości predysponujące do rozwoju chorób (wzór zachowania A, osobowość typu C i typu D), które autor włączył do teorii cech.

PODEJŚCIE PSYCHODYNAMICZNE

Podejście to wniosło niezaprzeczalnie doniosły wkład w zrozumienie istoty, przyczyn i mechanizmów psychologicznych powstawania zaburzeń psychosomatycznych. Przedstawiciele tego nurtu przyczyny wielu zaburzeń psychicznych i zachowania upatrywali w osobowości i wiązali je z nierozwiązanymi, nieświadomymi konfliktami intrapsychicznymi. Według psychoanalityków również w genezie chorób somatycznych istotną rolę mogą pełnić mechanizmy osobowościowe. W uproszczeniu teoria psychodynamiczna zakłada, że symptomy choroby somatycznej są sposobem wyrażania nieświadomych napięć i konfliktów wewnętrznych (Sheridan, Radmacher 1998).

Według koncepcji psychodynamicznych czynniki psychiczne tkwiące w osobowości mogą wywierać pewien wpływ na rozwój chorób i dysfunkcji somatycznych, a także na przebieg już istniejącej choroby, wywołując nasilenie symptomów chorobowych.

Z. Freud i W. Sakel w swoich koncepcjach wyjaśniają powstawanie dysfunkcji somatycznych, wskazując na mechanizmy tkwiące u ich podłoża.

Według Freuda jednym ze sposobów radzenia sobie z nieświadomym intrapsychicznym konfliktem jest próba przemieszczenia go ze sfery psychicznej w sferę czuciową lub ruchową. Mechanizm ten Freud nazwał konwersją. Jej skutkiem mogą być takie objawy, jak: czynnościowe niedowłady, porażenia, znieczulenia, utrata czucia zmysłowego (Jakubik 1979; Olszewski 2000; Pużyński, Wciórka 1997; Trillat 1993). Sakel, uczeń Freuda (Bilikiewicz 1998), zwrócił uwagę na podobny mechanizm – somatyzację, w wyniku którego powstają różnorodne symptomy czynnościowe, głównie ze strony układu krążenia, oddechowego i moczowo-płciowego (Bilikiewicz 1998; Olszewski 2000; Pużyński, Wciórka 1997). Z kolei A. Adler (1986) mówi o nieświadomej ucieczce w chorobę, która chroni człowieka przed poczuciem niskiej własnej wartości.

Alexander natomiast (Rosenhan, Seligmann 1994; Heszen-Niejodek, Wrześniewski 2000) koncentrował swoją uwagę głównie na chorobach należących do somatycznych zasadniczo psychopochodnych. Według niego 1) czynniki osobowościowe, które (podobnie jak Freud) sprowadza do nierozwiązanych nieświadomych konfliktów wczesnodziecięcych, odgrywają istotną rolę w rozwoju choroby somatycznej obok 2) konstytucjonalnej słabości określonego narządu i 3) czynników sytuacyjnych, dzięki którym odżywa dawny konflikt.

Pierwsi przedstawiciele medycyny psychosomatycznej wiązali konflikty wewnętrzne, wynikające z określonych traumatycznych doświadczeń wczesnodziecięcych, z konkretnymi chorobami somatycznymi. Autorzy podręczników z zakresu psychopatologii, psychologii klinicznej i psychologii zdrowia (np. Jarosz 1983; Rosenhan, Seligman 1994; Strelau 2000) na podstawie prac przedstawicieli medycyny psychosomatycznej przytaczają wiele interesujących przykładów dotyczących związków zachodzących pomiędzy konfliktowymi doświadczeniami urazowymi a rodzajem choroby somatycznej. Jednakże już od dawna należy je traktować jako „ciekawostki”, które nie znalazły wystarczającego poparcia w badaniach empirycznych.

Według Alexandra konflikty intrapsychiczne z różnych faz rozwoju psychoseksualnego są odpowiedzialne za kształtowanie się określonych wzorów reagowania emocjonalnego, które przekładają się na określone reakcje fizjologiczne prowadzące w efekcie do rozwoju choroby psychosomatycznej (Heszen, Sęk 2007; Jarosz 1983). Wpływowi osobowości na rozwój chorób psychosomatycznych wiele uwagi w swoich pracach poświęciła F. Dunbar (Heszen-Niejodek, Wrześniewski 2000). Dzięki pogłębionym wywiadam z pacjentami dotkniętymi różnymi chorobami psychosomatycznymi skonstruowała profile osobowości niemal dla każdej choroby. Opisała m.in. osobowość: nadciśnieniowca, wieńcowca, wrzodowca, cukrzyka, astmatyka. Jednakże jej poglądy zostały poddane ostrej krytyce, autorce zarzucano nietrafność metodologiczną podjętych badań (por. Heszen, Sęk 2007; Heszen-Niejodek, Wrześniewski 2000; Jarosz 1983).

Wielu autorów jest przeciwnych wiązaniu określonego typu osobowości z konkretną chorobą somatyczną. Według Hamiltona (1955, za: Wrześniewski 2000) pewne cechy osobowości zwiększają ryzyko zapadnięcia na różne choroby somatyczne. Do tych cech zalicza: tłumienie negatywnych emocji, głównie gniewu, wysoką potrzebę osiągnięć, dużą odpowiedzialność, cechy kompulsywne (dokładność, drobiazgowość) i skłonność do depresji.

Abstrahując od podejścia psychodynamicznego, należy zwrócić uwagę na fakt, że również Z. Płużek i J. Łazowski (Łazowski 1982) podają cechy „osobowości psychosomatycznej”, którą określają mianem zespołu, czy też typu psychosomatycznego. Według nich na ten zespół składają się: silna postawa obronna, pozytywna samoocena, wysoka samokontrola oraz silnie rozwinięte potrzeby: osiągnięć, porządku, dominacji, wytrwałości, rozumienia siebie i innych,

opiekowania się innymi. Autorzy ci twierdzą, że taka konstelacja cech w konfrontacji z rzeczywistością wyzwała neurotyczne zachowania i doświadczanie negatywnych emocji, co sprzyja rozwojowi różnych chorób somatycznych, zwłaszcza choroby wrzodowej i chorób układu krążenia, przy czym wykazane różnice dotyczące struktury osobowości osób dotkniętych różnymi chorobami psychosomatycznymi należy rozpatrywać w kategoriach ilościowych, a nie jakościowych (por. Jakubik 1997).

Natomiast współczesna psychoanaliza, opierająca się na teorii *ego*, wiąże choroby somatyczne ze zmianami *ego*. Ich przyczyn upatruje w zakłóceniach *ego* somatycznego, czyli obrazu własnego ciała (por. Jakubik 1997). W ramach tego nurtu na uwagę zasługują teorie: resomatyizacji *ego* M. Schura (1955, za: Heszen, Sęk 2007) i deficytu strukturalnego *ego* Ammona (1979, za: Jakubik 1997). Pierwsza z nich chorobę psychosomatyczną wiąże z odnowieniem wczesnodziecięcych konfliktów lub wydarzeń traumatycznych osób odznaczających się słabym *ego*, co prowadzi do odnowienia somatyizacji, czyli utraty zdolności oddzielania sfery psychicznej od somatycznej (Heszen, Sęk 2007). Według drugiej z wymienionych tu teorii symptomy psychosomatyczne pełnią funkcję mechanizmów obronnych, gdyż wypełniając pustkę słabego *ego*, bronią je przed całkowitą dezintegracją (Jakubik 1997).

Z paradygmatem psychoanalitycznym należy również wiązać pojęcie aleksytymii czy też osobowości aleksytymicznej. Zostało ono wprowadzone w drugiej połowie ubiegłego stulecia przez Sifneosa (1973, za: Jakubik 1997) i dosłownie oznacza nieumiejętność wyrażania nastroju słowem. Według Sifneosa (1973, za: Heszen, Sęk 2007; Jakubik 1997) aleksytymicy są podatni na rozwój chorób psychosomatycznych z tego względu, że przeważają u nich negatywne emocje, których nie potrafią werbalizować. Ponadto nie są zdolni odróżnić pobudzenia fizjologicznego od emocjonalnego i wykazują ubóstwo wyobrażeń i fantazji. Dlatego osobiste problemy są skłonni komunikować „językiem somatycznym”, poprzez „mowę narządów”, przy czym aleksytymia nie jest traktowana jako kliniczna jednostka nozologiczna, ale jako zespół charakterystycznych cech zachowania emocjonalnego, które sprawiają człowiekowi trudności w codziennym życiu (Herzyk 2003, s. 95).

Mechanizmy psychologiczne leżące u podłoża osobowości aleksytymicznej wzbudzają także zainteresowanie neuropsychologów i psychologów poznawczych (zob. Maruszewski, Ściagała 1998), dlatego zostaną przedstawione w podejściu biologicznym oraz poznawczym.

PODEJŚCIE BIOLOGICZNE

Jednym z ważnych biologicznych składników osobowości predysponującym do zapadania na zaburzenia somatyczne jest temperament, gdyż leży u podstaw zachowań i sposobów reagowania emocjonalnego, które w obliczu stresujących

i niekorzystnych dla jednostki wydarzeń życiowych mogą zwiększać ryzyko rozwoju chorób tradycyjnie nazywanych psychosomatycznymi.

Odwołując się do poglądów Pawłowa (1952), można przyjąć, że do zapadania na różnego rodzaju zaburzenia natury psychogennej są najbardziej podatne osoby o słabym typie układu nerwowego. Psychologowie ze szkoły Strelaua (1998) wykazali, że omawiane zaburzenia mogą być skutkiem zbyt silnej stymulacji osób nadmiernie wrażliwych, mało odpornych na działanie stresorów, czyli wysoko reaktywnych. Według Eysencka (1965) predyspozycje do zapadania na zaburzenia będące skutkiem stresu wyznacza autonomiczny układ nerwowy, stanowiący podłoże neurotyzmu. Odnosząc te poglądy do nowszego modelu – *podatność–stres*, należy przyjąć, że osoby odznaczające się dużą wrażliwością układu wegetatywnego w kontakcie ze stresującym środowiskiem mogą zapaść na chorobę psychosomatyczną (por. Seligman, Walker, Rosenhan 2003).

Od lat osiemdziesiątych XX wieku obserwuje się wzrost zainteresowania nauk biologicznych, zwłaszcza neurobiologii, syndromem aleksytymii (por. Maruszewski, Ścigała 1998).

Według A. Herzyk (2003) trudności w uświadamianiu przeżyć emocjonalnych i ich werbalizacji w aleksytymii z punktu widzenia neurobiologii są skutkiem odmienności funkcjonalnej mózgowych systemów emocji i świadomości i wynikają z dysocjacji między przeżyciami emocjonalnymi a ich werbalizacją. Niemożność werbalizacji przeżywanych emocji może być skutkiem utrudnionego przepływu informacji między półkulami w wyniku dysfunkcji spoidła wielkiego (Herzyk 2003; Larsen i in. 2003). Trudności w nazywaniu przeżyć emocjonalnych i obniżenie progu pobudzenia dla emocji negatywnych mają też związek z aktywacyjną przewagą obszarów przedczołowych prawej półkuli (Maruszewski, Ścigała 1998). Natomiast trudności w uświadamianiu sobie doznań emocjonalnych są związane z mózgowymi mechanizmami hamującymi prawą półkulę (Grabe 2004), z obniżoną aktywnością przedniej części zakrętu obręczy (Herzyk 2003).

PODEJŚCIE POZNAWCZE

Według teorii poznawczych na powstawanie zaburzeń, również psychosomatycznych, może wpływać sposób spostrzegania i oceny zdarzeń oraz nieumiejętność rozwiązywania powstałych problemów życiowych (por. Strelau 1998; Czabała 2000). Percepcja sytuacji i pojawiające się w obliczu trudności myśli wywołują określone emocje, które mogą mieć niekorzystny wpływ na reakcje fizjologiczne organizmu, prowadząc w efekcie do rozwoju chorób.

R. Lazarus i S. Folkman (1984), autorzy znanej, fenomenologiczno-poznawczej teorii stresu, zwracają uwagę na mechanizmy psychologiczne, które mogą doprowadzić do rozwoju chorób somatycznych. Według nich pierwotna ocena poznawcza sytuacji jako stresującej wyzwala ocenę wtórną, która pozwala określić

możliwości poradzenia sobie z nią. Nieskuteczne radzenie sobie ze stresem na poziomie fizycznym może bezpośrednio wywołać niekorzystne zmiany fizjologiczne, a następnie doprowadzić do rozwoju choroby somatycznej. Autorzy ci uwzględniają przy tym specyficzne wzorce oceny poznawczej i radzenia sobie ze stresem, które mają związek z określonymi emocjami i wzorcami reakcji fizjologicznej, sprzyjają powstawaniu specyficznych chorób.

Wrześniewski i Lepczyński (1985, za: Ogińska-Bulik 2006; Wrześniewski 2000) ważną rolę w rozwoju chorób somatycznych przypisują: wzorowi percepcyjnemu, stanowiącemu względnie stały, typowy dla danej osoby sposób interpretowania i wartościowania sytuacji oraz przewidywania ich skutków, i względnie stałemu stylowi reagowania emocjonalnego, wyrażającemu charakterystyczną dla danego człowieka, niezależną od rodzaju sytuacji stresowej, tendencję do reagowania emocjonalnego, na którą składają się subiektywne odczucia, zmiany fizjologiczne i zachowania.

Grace i Graham (1952, za: Rosenhan, Seligman 1994) twierdzą wręcz, że konkretne myśli mają związek z określoną chorobą somatyczną. Ich teza wydaje się interesująca, jednak nie znajduje poparcia empirycznego (zob. Rosenhan, Seligman, 1994).

Natomiast istnieje wiele danych potwierdzających wpływ emocji na stany fizjologiczne organizmu. Tłumiona wrogość może np. powodować wzrost ciśnienia tętniczego, a z czasem prowadzi do rozwoju choroby wieńcowej (Sheridan, Radmacher 1998). Z kolei takie stany emocjonalne, jak lęk i gniew, prowadzą do nadmiernego wydzielania soków żołądkowych, co może stanowić jedną z przyczyn rozwoju choroby wrzodowej (Seligman, Walker, Rosenhan 2003), przy czym zagrożenie dla stanu zdrowia stanowi nie tyle przeżywanie negatywnych, intensywnych emocji, ile nieskuteczne radzenie sobie z nimi, np. poprzez tłumienie ich ekspresji (por. Ścigała 2001). Odwołując się do odkryć z zakresu psychoneuroimmunologii, należy przyjąć, że osobowość, w tym procesy poznawcze, i emocje mogą wpływać na reakcje immunologiczne organizmu i w ten sposób zwiększać ryzyko rozwoju niektórych chorób (zob. Sheridan, Radmacher 1998; Ścigała 2001). Wyniki badań, na jakie powołują się Seligman, Walker i Rosenhan (2003), wskazują, że sytuacje straty (wywołujące smutek, przygnębienie, depresję), a także pesymistyczny styl atrybucji (sprzyjający poczuciu bezradności i beznadziejności), prowadzą do immunosupresji, czyli obniżenia wydolności układu immunologicznego, zwiększając podatność na choroby zakaźne, zakażenie wirusem HIV i AIDS, i mogą odgrywać pewną rolę w promocji i progresji raka.

Należy nadmienić, że psychologia poznawcza próbuje uzupełnić poglądy i koncepcje psychodynamiczne i neurobiologiczne dotyczące aleksytymii.

Aleksytymia przez zwolenników nurtu kognitywnego jest traktowana jako przejaw globalnych dysfunkcji w regulacji psychicznej. Według nich deficyty w poznawczym opracowywaniu doznań emocjonalnych są skutkiem emocjonal-

nych doświadczeń – nieprawidłowych wzorów relacji afektywnych (Maruszewski, Ścigała 1998).

Maruszewski i Ścigała (1998) proponują holistyczny model wyjaśniający powstanie aleksytymii. Według niego do powstania aleksytymii konieczne jest współistnienie czynników temperamentalnych (zahamowanie behawioralne), aktywacyjnej przewagi obszarów przedczołowych prawej półkuli oraz specyficznego stylu wychowania.

TEORIE CECH I TEORIE CZYNNIKOWE

Charakteryzowanie osobowości w kategoriach cech, czyli względnie stałych właściwości psychicznych wyznaczających zespoły zachowań człowieka (por. Olszewski 2001), jest powszechnie stosowane i może być przydatne również w identyfikowaniu zależności zachodzących między osobowością a zapadalnością na choroby somatyczne. Zasadne przy tym jest odwołanie się do pojęcia (typu osobowości) będącego określonym układem cech stanowiących ogólne dwubiegunowe wymiary (por. Olszewski 2001), gdyż w literaturze z zakresu psychologii zdrowia są wyodrębniane typy osobowości sprzyjające rozwojowi chorób somatycznych. Są to osobowości typu: A, C i D, których charakterystyka zostanie przedstawiona w dalszej części tego opracowania.

Osobowość typu A. Osobowości typu A poświęcono już wiele publikacji i powszechnie wiadomo, że jest ona kojarzona z chorobą wieńcową serca, przy czym typ A jest konstruktem na tyle szerokim, że oprócz cech osobowości obejmuje również zachowania składające się na styl życia. Dlatego zwykło się go nazywać wzorem zachowania A (WZA). Ten wzór zachowania wyodrębnili prawie pół wieku temu dwaj kalifornijscy kardiologowie – M. Friedman i R. Rosenman (1959, za: Wrześniewski, 2000). Osoby z WZA już w okresie przedchorobowym odznaczają się ciągłym dążeniem do zdobycia jak największej liczby celów w jak najkrótszym czasie (Wrześniewski 2000). Ponadto jednostki takie cechuje: życie pod presją czasu (przejawiające się ciągłym pośpiechem, szybkim tempem wykonywania różnych czynności i podejmowaniem działań polifazowych), wysoka potrzeba osiągnięć i ambicja, skłonność do rywalizacji i dominacji oraz agresywność i wrogość (Rosenhan, Seligman 1994; Sheridan, Radmacher 1998). Według Wrześniewskiego (2000) zachowanie takich osób może wynikać z właściwości temperamentalnych, do których zalicza: wysoką dynamikę zachowań, dużą energię w działaniu i niecierpliwość.

Takie cechy osób z WZA, jak: duża potrzeba osiągnięć, ambicja i obowiązkowość, które przede wszystkim ujawniają się w sferze zawodowej, mogą być mylone z pracoholizmem. Jednakże różnica między osobowością typu A a pracoholizmem tkwi we wrogości, która stanowi „toksyczny rdzeń” osobowości typu A, będący silnym predykatorem choroby wieńcowej (Carson, Butcher, Mineka 2003; Sheridan, Radmacher 1998). Choć nowsze badania, na które powo-

łują się Carson, Butcher i Mineka (2003), wskazują, że oprócz gniewu i wrogości również lęk i depresja mogą być istotne dla rozwoju choroby wieńcowej.

Osobowość typu B. Należy nadmienić, iż w celu oznaczenia zachowania stanowiącego przeciwstawność WZA wprowadzono określenie WZB. Osoby typu B stanowią odwrotność osób typu A. Są pogodne, zrelaksowane i nie żyją w ciągłym pośpiechu (Rosenhan, Seligman 1994; Wrześniewski 2000). Można założyć, że cechy WZB zmniejszają ryzyko rozwoju choroby wieńcowej.

Przeprowadzono wiele badań prospektywnych weryfikujących hipotezę o zależnościach zachodzących między WZA a chorobą wieńcową serca. Wyniki większości z nich wskazują, że WZA bądź niektóre jego elementy zwiększają ryzyko rozwoju choroby wieńcowej (Wrześniewski 2000, s. 503). Z badań prowadzonych przez Wrześniewskiego (2000) wynika, że WZA zwiększa ryzyko rozwoju choroby niedokrwiennej serca i innych chorób układu krążenia, a także zaburzeń układu pokarmowego. Są również badania, które wskazują na istnienie związku między WZA i zapadalnością na różne choroby somatyczne (Wrześniewski 2000).

W świetle dotychczasowych rozważań interesujący może wydać się fakt, iż pomimo empirycznego wykazania związków między WZA a chorobą wieńcową większość ludzi o osobowości typu A nie cierpi na chorobę wieńcową, a są nią dotknięte niektóre osoby typu B (Carson, Butcher, Mineka 2003).

G. Bishop (2000) powołuje się na podejmowane wśród osób z WZA badania w celu zweryfikowania psychologicznych i fizjologicznych mechanizmów rozwoju chorób somatycznych. Wynika z nich, że WZA, w przeciwieństwie do WZB, odznacza się odmiennym schematem reakcji na stres. Osoby z WZA, w porównaniu z osobami z WZB, sytuacje wyzwania oceniają jako bardziej stresujące, a ich zachowanie w sytuacjach trudnych może wręcz nasilać stres. Na poziomie fizjologicznym u osobowości typu A w sytuacjach stresowych występuje nadreaktywność fizjologiczna i skłonność do długotrwałego utrzymywania się reakcji alarmowej (Bishop 2000; Seligman, Walker, Rosenhan 2003).

Zatem w przypadku osobowości typu A związek między składającymi się na nią cechami a chorobami somatycznymi, zwłaszcza chorobą wieńcową, jest niewątpliwie istotny i w dodatku bardzo złożony.

Osobowość typu C (osobowość rakowa). Na możliwość wpływu osobowości na rozwój raka zwrócił uwagę już w starożytności Galen, według którego kobiety o osobowości melancholijnej zapadają na raka piersi częściej niż kobiety sangwiczne (Bishop 2000). W latach osiemdziesiątych ubiegłego stulecia L. Temoshok (1987, za: Bishop 2000) przez analogię do osobowości typu A wprowadziła koncepcję wzoru zachowania C, na który składają się cechy tzw. osobowości rakowej, stanowiące przeciwieństwo WZA. Według Temoshok (Sheridan, Radmacher 1998) osobowość typu C odznacza się biernością, skłonnością do współpracy, tłumieniem negatywnych emocji i bezradnością. Ponadto osoby typu C są

uprzejme, pracowite, konwencjonalne, łatwo popadają w rezygnację (Sheridan, Radmacher 1998). Zdaniem Fox (1983, za: Sheridan, Radmacher 1998), z zapadalnością na raka mają związek takie cechy, jak: niska samoświadomość, skłonność do poświęcania się i obwiniania. L. LeShan (1977, za: Bishop 2000) do wyżej wymienionych cech dodaje poczucie odrzucenia, G. Dolińska-Zygmunt (2001) nieasertywność i uległość wobec zewnętrznych autorytetów, zaś P. Oleś (2005) brak wiary w siebie, pesymizm wobec przyszłości i beznadziejność. Ostatnie z wymienionych cech mają wyraźny związek z depresją i sprzyjają immunosupresji. Według Eysencka (1988, za: Ogińska-Bulik 2006) i Bahnsona (1971, za: Ogińska-Bulik 2006) za rozwój raka może być odpowiedzialne wypieranie emocji i zaprzeczanie. Shaffer ze współpracownikami (1982, za: Bishop 2000), na podstawie badań prospektywnych, do cech osobowości rakowej dodaje skłonność do samotnictwa.

Zidentyfikowanie faktycznych cech osobowości rakowej jest zadaniem niezwykle trudnym z tego względu, że rak z reguły rozwija się przez wiele lat. Dlatego nie ma pewności, że określone cechy osobowości są faktyczną przyczyną raka, a nie jego skutkiem. Trafne uchwycenie powyższych zależności komplikuje dodatkowo często pojawiająca się u pacjentów onkologicznych depresja, czasami na długo przed rozpoznaniem nowotworu złośliwego. Stąd jej symptomy mogą być błędnie traktowane jako cechy osobowości przedchorobowej. Zapewne dlatego mało jest badań potwierdzających istnienie związku między osobowością typu C a zapadalnością na raka. Ich przegląd znaleźć można w pracach: G. Bishopa (2000), Ogińskiej-Bulik (2006), Sheridana i Radmacher (1998), O. C. Simontona, S. Mathews-Simonton i J. L. Creightona (2005). Ogińska-Bulik (2006) przedstawia rezultaty badań wskazujących na to, że typ C nie jest przyczyną, a skutkiem choroby i jego cechy mogą wynikać z przeżyć związanych ze zmaganiem się z chorobą.

Trudniej zatem jest empirycznie potwierdzić związki między osobowością typu C a zapadalnością na nowotwory złośliwe niż między WZA a chorobą wieńcową. Można mniemać, że niektóre z wymienionych cech „osobowości rakowej” mogą zwiększać ryzyko zapadania na raka, jednakże poznanie osobowościowych mechanizmów rządzących rozwojem nowotworów wymaga pogłębionych badań w tym obszarze.

Osobowość typu D (osobowość stresowa). Pod koniec XX wieku holenderski psycholog J. Denolett (1998, za: Ogińska-Bulik 2006) stworzył koncepcję kolejnej osobowości predysponującej do zapadania na choroby somatyczne – osobowości typu D, którą określił mianem osobowości stresowej. Według Denoletta osobowość typu D obejmuje dwa względnie stałe wymiary:

1) **negatywną emocjonalność**, która przejawia się tendencją do przeżywania silnych negatywnych emocji, takich jak: strach, lęk, złość, gniew, wrogość, smutek, przygnębienie;

2) **hamowanie społeczne**, które wyraża się skłonnością do świadomego powstrzymywania się od ujawniania negatywnych emocji i zachowań zgodnych z nimi z obawy przed dezaprobatą i odrzuceniem przez innych ludzi (Ogińska-Bulik 2006).

N. Ogińska-Bulik (2006) słusznie dostrzega duże podobieństwo osobowości typu D do dwóch doskonale znanych wymiarów osobowości: stabilności emocjonalnej – neurotyzmu i ekstrawersji–introwersji. Negatywna emocjonalność wykazuje przy tym wiele elementów wspólnych z neurotyzmem, a hamowanie społeczne z introwersją. Oznaczałoby to, że według teorii Eysencka osoby typu D są introwertywnymi neurotykami i pod względem temperamentalnym odpowiadają słabemu typowi melancholicznemu.

Ogińska-Bulik (2006) wskazuje podobieństwa i różnice istniejące między osobowością typu D a innymi typami osobowości, predysponującymi do rozwoju chorób somatycznych – osobowością typu A i C. Z przedstawionych porównań wynika, że „osobowość stresowa” wykazuje zdecydowanie większe podobieństwo do osobowości typu C niż do WZA.

Mimo wielu różnic istniejących między WZA a osobowością typu D obydwa konstrukty stanowią czynnik ryzyka rozwoju przede wszystkim chorób układu krążenia, głównie choroby wieńcowej serca, o czym świadczą badania Denoletta, na które powołuje się Ogińska-Bulik (2006). Natomiast badania Ogińskiej-Bulik (2006) wskazują, że „osobowość stresowa” jest czynnikiem sprzyjającym rozwojowi różnych chorób, nie tylko sercowo-naczyniowych, ale także nowotworowych, choroby wrzodowej, łuszczycy.

CZY ZABURZENIA OSOBOWOŚCI MOGĄ MIEĆ ZWIĄZEK Z CHOROBIAMI I DYSFUNKCJAMI SOMATYCZNYMI?

Jeśli przyjąć, że zintegrowana, dojrzała osobowość sprzyja szeroko pojętemu zdrowiu zarówno w wymiarze psychicznym, społecznym, jak i fizycznym – można zakładać, że jednostki z nieprawidłowo ukształtowaną osobowością będą podatne na różnego rodzaju zaburzenia. Hipotezę tę zdają się potwierdzać obserwacje kliniczne, zgodnie z którymi zaburzenia osobowości (z osi II) często towarzyszą, a raczej stanowią sprzyjające podłoże dla rozwoju zaburzeń lękowych, nastroju (głównie depresji), uzależnień od substancji psychoaktywnych, dewiacji seksualnych, przestępczości, zaburzeń psychotycznych (czyli zaburzeń z osi I), a także chorób tradycyjnie nazywanych psychosomatycznymi (por. Carson, Butcher, Mineka 2003).

Typowe dla osób z zaburzeniami osobowości sztywne wzorce zachowań w dużym stopniu utrudniają im przystosowanie społeczne, stanowiąc dodatkowe źródło stresu. Jednostki takie, w porównaniu z osobami odznaczającymi się zdrową osobowością, doświadczają więcej sytuacji stresujących, zaś stres i podejmowa-

ne w jego obliczu nieadaptacyjne sposoby radzenia sobie sprzyjają rozwojowi całej gamy wymienionych wcześniej zaburzeń.

Jednakże oczywiste jest, że zaburzenia osobowości odznaczają się dużą różnorodnością i nie wszystkie w jednakowym stopniu sprzyjać mogą powstawaniu zaburzeń somatycznych. Opierając się na współczesnych najbardziej popularnych klasyfikacjach zaburzeń, mianowicie na Klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-IV 1994) i Klasyfikacji Światowej Organizacji Zdrowia ICD-10 (Pużyński, Wciórka, 1997), można podjąć próbę wyłonięcia rodzajów zaburzeń osobowości, które zwiększają ryzyko powstania dysfunkcji somatycznej, zwłaszcza u osób konstytucjonalnie podatnych na określoną chorobę.

Na podstawie klasyfikacji DSM-IV (DSM-IV 1994) do rodzajów zaburzeń osobowości, które czynią osoby bardziej podatnymi na cierpienia natury fizycznej, można zaliczyć głównie osobowości z wiązki C, którym towarzyszy lęk i obawa. Są to: osobowość unikająca (w ICD-10 zwana lękliwą), zależna i obsesyjno-kompulsyjna (w ICD-10 nazwana anankastyczną). Symptomy somatyczne jako sposób uzewnętrzniania się patologii mogą pojawiać się również u osób paranoicznych i histrionicznych (Millon, Davis 2005).

Osobowość unikająca, jako typowa osobowość lękowa, może być niezwykle podatna na różne zespoły kliniczne, bardziej niż inne rodzaje zaburzeń osobowości, z wyjątkiem osobowości *borderline*. Osoby z osobowością unikającą mogą objawy somatyczne nieświadomie wykorzystywać do osiągania ukrytych celów psychologicznych, np. rozwiązywania trudności, z którymi nie potrafią sobie poradzić (Millon, Davis 2005). Jeśli taki utrwalony sposób funkcjonowania nałoży się na podłoże konstytucjonalne sprzyjające chorobie psychosomatycznej, z czasem w przeciążonych stresem narządach mogą powstać zmiany morfologiczne, świadczące już o istnieniu choroby somatycznej (por. Rosenhan, Seligman 1994).

Osobowość obsesyjno-kompulsyjna (anankastyczna). Zdaniem Millona i Davisa (2005), u osób kompulsyjnych objawy somatyczne mogą być przejawem kumulującego się w ciele lęku i napięcia, przy czym może to być jedyny sposób przejawiania się lęku, ponieważ uświadomienie sobie tej emocji zburzyłoby fasadę kompetencji, za którą takie osoby się kryją. Jednostki z taką osobowością mogą wykorzystywać symptomy somatyczne w celu usprawiedliwiania własnej nieudolności i niepowodzeń życiowych. Choroba bowiem pozwala im uniknąć potępienia ze strony sadystycznego *superego*. Dzięki przypisaniu swoich braków przyczynie niepodlegającej kontroli – chorobie, zachowują dobre mniemanie o sobie. A jeśli pomimo choroby udało im się odnieść sukces, odnoszą wtórne korzyści, np. w postaci nagród od przełożonego za wytrwałość pomimo przeciwności losu.

Osobowość zależna. Objawy somatyczne uwalniają osoby zależne od odpowiedzialności za własne życie i tym samym jeszcze bardziej wiążą z nimi opie-

kuna, dzięki czemu jednostki takie odnoszą wtórne korzyści. Ponadto zaburzenie somatyczne pozwala im odwrócić uwagę od prawdziwego źródła strachu, że partner – opiekun może odejść. Czasami nieświadomie wzbudzone symptomy zaburzenia somatycznego mogą u nich stanowić formę autoagresji za własną bezradność (Millon, Davis 2005).

Osobowość histrioniczna. Dla jednostek histrionicznych dolegliwości somatyczne mogą być nieświadomie wykorzystywanym instrumentem w celu zdobycia uwagi otoczenia, uzyskania wsparcia lub opieki (Millon, Davis 2005).

Osobowość paranoiczna. U osób paranoicznych symptomy choroby somatycznej mogą być jednym ze sposobów odizolowania się od środowiska społecznego. Objawy somatyczne mogą usprawiedliwiać niewystarczające zainteresowanie otoczenia jednostką paranoiczną czy też jej brak osiągnięć w różnych dziedzinach, np. w sferze zawodowej (por. Millon, Davis 2005).

Można zatem spekulować, że niektóre z zaburzeń osobowości wyszczególnianych we współczesnych klasyfikacjach mogą sprzyjać „somatyzowaniu” problemów natury psychologicznej, czego skutkiem są psychogenne czynnościowe objawy somatyczne, niedające się wyjaśnić stanem fizycznym ani aktualną chorobą (por. Millon, Davis 2005; Pużyński, Wciórka 1997). Nie są to *stricte* symptomy choroby somatycznej, a wegetatywne objawy nerwicowe, czyli dysfunkcje somatyczne. Jednakże z czasem u tych osób, które odznaczają się dużą wrażliwością układu autonomicznego, na skutek długotrwałego stresu i przeżywania negatywnych emocji może rozwinąć się choroba somatyczna.

Nie brak też badań empirycznych, których wyniki potwierdzają istnienie zależności pomiędzy omawianymi zmiennymi. I tak np. Papadopoulos i in. (2007) wykazali, że pacjenci z zaburzeniami osobowości są istotnie bardziej podatni na choroby somatyczne (u 46% badanych stwierdzono obecność choroby somatycznej) w porównaniu z pacjentami nerwicowymi (23,5% badanych miało rozpoznaną chorobę somatyczną). Potwierdza to informacje zawarte w literaturze przedmiotu, że pacjenci z zaburzeniami osobowości mają skłonność do zaburzeń somatycznych w stopniu znaczącym z punktu widzenia klinicznego.

Zastrzeżenia, które można wysunąć pod adresem zaburzeń osobowości jako predyktorów chorób somatycznych, wynikają z samego kryterium diagnostycznego zaburzeń osobowości. Systemy klasyfikacyjne ICD-10 i DSM-IV nie opierają się na odznaczającym się większą rzetelnością, bardziej przemawiającym do psychologów podejściu dymensjonalnym (bazującym na wymiarach osobowości), zakładającym, że w zaburzeniu osobowości mamy do czynienia ze skrajnym nasileniem normalnych cech osobowości, lecz na podejściu kategoryjnym, według którego człowiek albo spełnia kryteria diagnostyczne zaburzenia osobowości, albo nie (por. Seligman, Walker, Rosenhan 2003). Skutkuje to niską rzetelnością diagnostyczną wymienionych zaburzeń osobowości, mimo że z założenia są one zaburzeniami względnie trwałymi. Ponadto przedstawione w spekulacyj-

nych rozważaniach mechanizmy psychologiczne w przypadku konkretnego pacjenta mogą ulec „zatarciu” lub przysłonięciu przez inne patomechanizmy, gdyż najczęściej występują mieszane zaburzenia osobowości. W dodatku zaburzenia osobowości mogą sprzyjać powstawaniu „nawarstwień”, które stanowią różne zaburzenia psychiczne.

Prowadzone przez psychologów badania opierające się na ocenie dymensjonalnej skłaniają jednak do przypisywania większej wagi konfiguracji cech osobowościowych (które składają się na określony typ osobowości – np. wyodrębniony przez Z. Płużek i J. Łazowskiego typ psychosomatyczny), jako czynnikowi zwiększającemu ryzyko rozwoju chorób somatycznych, niż wyłonionym za pomocą diagnozy kategoryjnej zaburzeniom osobowości.

PODSUMOWANIE

Przedstawione w niniejszym opracowaniu dane zdają się potwierdzać założenie o wpływie osobowości na powstawanie i rozwój różnych chorób somatycznych, które związane są ze stresem. Wewnętrzne nieświadome konflikty, nieadekwatna ocena sytuacji trudnych, głównie w kategoriach zagrożenia, jak też głęboko zakorzenione wzorce zachowań i reagowania emocjonalnego w znaczącym stopniu mogą przyczynić się do rozwoju choroby, gdy trafią na podatność konstytucjonalną jednostki na zachorowanie.

Identyfikacja czynników i mechanizmów osobowościowych odgrywających rolę w genezie chorób somatycznych, diagnoza typów osobowości sprzyjających rozwojowi chorób umożliwiają ich zmianę. Okazuje się bowiem, że modyfikacja typów osobowości i wzorów zachowania niesprzyjających zdrowiu, choć niełatwa, w pewnym stopniu jest możliwa. Wprawdzie nie można zmienić cech temperamentalnych leżących u podłoża nieadaptacyjnych zachowań typu A czy D, ale możliwe jest modyfikowanie sposobu myślenia i samych zachowań, a także zwiększenie umiejętności radzenia sobie ze stresem i wyrażania emocji. Okazuje się bowiem, że deficyty w tym zakresie tkwią u podłoża wielu chorób. A ich korygowanie może pełnić ważną funkcję profilaktyczną i umożliwia podejmowanie innych oddziaływań profilaktycznych (np. dotyczących stylu życia), które są znacznie mniej kosztowne i dają lepsze efekty niż leczenie powstałych już chorób. W przypadku pacjentów dotkniętych już chorobą oddziaływania psychologiczne nastawione na czynniki osobowościowe mogą zwiększyć skuteczność ich leczenia i rehabilitacji oraz zmniejszyć ryzyko powikłań i nawrotu choroby.

BIBLIOGRAFIA

- Adler A. (1986). *Sens życia*. Warszawa: PWN.
- Bilikiewicz A. (red.) (1998). *Psychiatria*. Warszawa: PZWL.
- Bishop G. D. (2000). *Psychologia zdrowia*. Wrocław: Wydawnictwo ASTRUM.
- Carson R. C., Butcher J. N., Mineka S. (2003). *Psychologia zaburzeń*. Gdańsk: GWP.
- Czabała J. Cz. (1997). *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: PWN.
- Czabała J. Cz. (2000). *Podstawowe zaburzenia psychiczne*. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*. t. 3 (s. 583–603). Gdańsk: GWP.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)* (1994) Fourth Edition. Washington: American Psychiatric Association.
- Eysenck H. J. (1965). *Sens i nonsens w psychologii*. Warszawa: PWN.
- Grabe H. J. (2004). *The etiology and neurobiology of alexithymia*. „Journal of Psychosomatic Research”, 56, 581–673.
- Heszen-Niejodek I. (2000). *Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie*. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*. t. 3 (s. 465–492). Gdańsk: GWP.
- Heszen I., Sek H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: PWN.
- Heszen-Niejodek I., Wrześniewski K. (2000). *Udział psychologii w rozwiązywaniu problemów zdrowia somatycznego*. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*. t. 3 (s. 443–464). Gdańsk: GWP.
- Herzyk A. (2003). *Mózg, emocje, uczucia. Analiza neuropsychologiczna*. Lublin: Wyd. UMCS.
- Jakubik A. (1979). *Histeria*. Warszawa: PZWL.
- Jakubik A. (1997). *Zaburzenia osobowości*. Warszawa: PZWL.
- Jarosz M. (1983). *Psychologia lekarska*. Warszawa: PZWL.
- Larsen J. K., Brand N., Bermond B., Hijman R. (2003). *Cognitive and emotional characteristics of alexithymia. A review of neurobiological studies*. „Journal of Psychosomatic Research”, 54, 533–541.
- Lazarus R. S., Folkman S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Łazowski J. (1982). *Problemy psychosomatyczne w chorobach układu krążenia*. Warszawa: PZWL.
- Maruszewski T., Ścigała E. (1998). *Emocje – aleksytymia – poznanie*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Millon T., Davis R. (2005). *Zaburzenia osobowości we współczesnym świecie*. Warszawa: IPZ.
- Ogińska-Bulik N. (2006). *Czy osobowość sprzyja etiopatogenezie chorób? Nowe kierunki badań – osobowość typu D*. „Nowiny Psychologiczne”, 2, 5–22.
- Oleś P. (2005). *Wprowadzenie do psychologii osobowości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Olszewski J. (2000). *Diagnoza różnicowa zespołów nerwicowych i rzekomonerwicowych*. W: A. Borkowska, E. M. Szepietowska (red.), *Diagnoza neuropsychologiczna, metodologia i metodyka*. (s. 327–345). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Olszewski J. K. (2001). *Osobowość a radzenie sobie ze stresem*. W: B. Gawda (red.), *Wierze w człowieka, szkice o osobowości*. Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Sectio J, 14, 117–132.
- Papadopoulos P., Malidelis D., Drositi A., Panagoulas E. (2007). *Personality disorders-neurotic disorders and somatic illnesses*. „European Psychiatry”, 22, 101–220.
- Pawłow I. P. (1952). *Dwadzieścia lat badań wyższej czynności nerwowej (zachowania się) zwierząt*. Warszawa: PZWL.
- Pużyński S., Wciórka J. (1997). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10: opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius.

- Rosenhan D. L., Seligman M. E. P. (1994). *Psychopatologia*. Warszawa: PTP.
- Seligman M. E. P., Walker E. F., Rosenhan D. L. (2003). *Psychopatologia*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Sheridan C. L., Radmacher S. A. (1998). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: IPZ.
- Simonton O.C., Mathews-Simonton S., Creighton J. L. (2005). *Triumf życia*. Łódź: Wydawnictwo Ravi.
- Strelau J. (1998). *Psychologia temperamentu*. Warszawa: PWN.
- Ściagała I. (2001). *Psychoneuroimmunologia jako dziedzina współczesnej psychosomatyki*. W: L. Cierpiałkowska, H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna i psychologia zdrowia* (s. 33–60). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Trillat E. (1993). *Historia hysterii*. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Tuszyńska-Bogucka W. (2007). *Funkcjonowanie systemu rodziny z dzieckiem przewlekle chorym dermatologicznie*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Wrześniewski K. (2000). *Psychologiczne uwarunkowania powstawania i rozwoju chorób somatycznych*. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*. t. 3 (s. 493–512). Gdańsk: GWP.

SUMMARY

The author of the study presents the influence of personality on formation and course of somatic disorders. He presents etiological factors of personality and psychological mechanisms of somatic diseases. The relations are based on psychodynamic, biological and cognitive approaches and traits theories. While discussing the conceptions he notices alexithymia, type A behavior pattern, type C and type D personality and their role in contemporary civilization illnesses development. Moreover, he illustrates the influence of personality disorders (which were distinguished on the basis of ICD-10 and DSM-IV classifications) on somatoform disorders creation.