DOI:10.17951/j.2024.37.1.187-206

ANNALES
UNIVERSITATIS MARIAE CURIE-SKŁODOWSKA
LUBLIN – POLONIA

VOL. XXXVII, 1 SECTIO J 2024

[*] Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach. Wydział Pedagogiki i Psychologii
[**] Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II. Wydział Nauk Społecznych

AGATA BANAKIEWICZ[*], MARIA BANASIK[**],
AGNIESZKA KULIK[**]

ORCID: 0000-0003-0171-3742; agata.banakiewicz@ujk.edu.pl
ORCID: 0009-0007-6836-2947; maria.banasik18@gmail.com
ORCID: 0000-0002-1643-4159; akulik@kul.pl

Syndromy psychosomatyczne i ocena znaczenia choroby u pacjentów z IBS i CD jako wyzwanie dla pomocy psychologicznej

Psychosomatic Syndrome and Disease-Related Appraisals in IBS and CD Patients as a Challenge for Psychological Support

PROPOZYCJA CYTOWANIA: Banakiewicz, A., Banasik, M., Kulik, A. (2024). Syndromy psychosomatyczne i ocena znaczenia choroby u pacjentów z IBS i CD jako wyzwanie dla pomocy psychologicznej. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J, Paedagogia-Psychologia*, *37*(1), 187–206. DOI: 10.17951/j.2024.37.1.187-206.

ABSTRAKT

Dostrzeżono, że coraz więcej osób zmaga się z przewlekłymi psychosomatycznymi chorobami układu pokarmowego, takimi jak zespół jelita drażliwego (IBS) i choroba Leśniowskiego-Crohna (CD). Przewlekłe schorzenia psychosomatyczne układu pokarmowego charakteryzują się długim czasem trwania objawów, bólami brzucha, długotrwałym procesem diagnostycznym, licznymi badaniami medycznymi, niejednoznacznie określoną etiologią. Chorujący potrzebują wsparcia w zakresie radzenia sobie z dolegliwościami i ich następstwami. W badaniu udział wzięło 101 respondentów; większość badanych stanowiły kobiety (79,2%). W projekcie uwzględniono pytania: Jaka jest psychosomatyczna charakterystyka badanych z IBS i CD? Jakie są różnice w nasileniu oceny poznawczej sytuacji choroby z uwagi na występowanie syndromów psychosomatycznych? Jaki jest związek liczby syndromów psychosomatycznych z oceną choroby? Badania prowadzone były głównie metodą kuli śnieżnej. Miały charakter dwuetapowy: przeprowadzono wywiad częściowo ustrukturyzowany (DCPR-R-SSI) oraz uzupełniono kwestionariusz metodą papier-ołówek (KOS wersja B). Wykazano, że: syndromy psychosomatyczne, tj. allostatyczne

przeciążenie, wzór zachowania typu A, demoralizacja i stan drażliwości (irytacji), najbardziej charakteryzowały grupę chorujących; istnieją statystycznie istotne różnice w ocenie znaczenia choroby z uwagi na występowanie syndromów psychosomatycznych i ich liczbę u osób chorujących; im więcej syndromów psychosomatycznych występuje u pacjentów z IBS i CD, tym większe nasilenie znaczenia choroby jako krzywda/strata i zagrożenie. Zidentyfikowane oceny znaczenia choroby w powiązaniu z syndromami psychosomatycznymi stanowią wyzwanie dla pomocy psychologicznej.

Słowa kluczowe: syndromy psychosomatyczne; psychosomatyczne choroby układu pokarmowego; ocena znaczenia choroby; DCPR-R-SSI; pomoc psychologiczna

WPROWADZENIE

Przedmiotem zainteresowania medycyny psychosomatycznej są czynniki wpływające na równowagę między zdrowiem a chorobą, szczególnie w kontekście somatyzacji, niewyjaśnionych objawów i jakości życia (Fava, Sonino, 2000). Akcentuje się znaczenie pojawiającego się dystresu, którego nie można ująć w klasyfikacjach psychiatrycznych, a somatyczne objawy choroby występujące u pacjentów nie są dostatecznie wyjaśnione przy zastosowaniu procedur medycznych (Freyberger, Schneider, Stieglitz, 2005; Henningsen i in., 2011). Klasyczne ujęcie zagadnień odwołuje się do specyficznych konfliktów albo do niespecyficznej roli stresu, leżących u podstaw objawów psychosomatycznych (Tylka, 2000). Współcześnie zwraca się uwagę na związek układu nerwowego, hormonalnego i odpornościowego w genezie problemów psychosomatycznych (Basińska, 2009). Wyróżnia się trzy osie reakcji stresowych: nerwową, neurohormonalną (psychofizjologiczną), wewnątrzwydzielniczą (endokrynologiczną). W ich aktywowaniu podkreśla się m.in. znaczenie przewlekłego stresu wynikającego z doświadczania choroby (Fava, Cosci, Sonino, 2017; Fava, Sonino, 2000, 2005), różnych zdarzeń życiowych (Holmes, Rahe, 1967; Sobolewski, Strelau, Zawadzki, 1999), przeciążenia allostatycznego (Ferensztajn, Rybakowski, 2012). Konsekwencją są zmiany w funkcjonowaniu narządów. Mechanizmy prowadzące do nich mogą mieć charakter nerwicowy, funkcjonalny lub autoimmunologiczny.

Z literatury przedmiotu wynika, że w ostatnich latach najczęściej koncentrowano się na dolegliwościach psychosomatycznych następujących układów: krążenia (Boehm i in., 2020; László i in., 2019; Mehta, Thobani, Vaccarino, 2019; Mohammadi i in., 2020; Rafanelli i in., 2020; Whittaker i in., 2021; Yu i in., 2020), endokrynnego (Basińska, 2009; Otlewska, 2018) i oddechowego (Lewandowska i in., 2006; Schier, 2005) oraz skóry (Mojs, 2010; Pietrzak i in., 2006). Wzrost liczby zachorowań na schorzenia układu pokarmowego przyczynił się do większego zainteresowania badaczy (Rydzewska i in., 2016) i zwrócenia uwagi na relację jelito–mózg (Powell, Walker, Talley, 2017). Z badań wynika, że stresujące zdarzenia życia codziennego wiążą się z występowaniem schorzeń żołądkowo-jelitowych (Denys, Orzechowska, Gałecki, 2015).

Choroby psychosomatyczne stają się wyzwaniem dla opracowania odpowiednich kryteriów, które mogłyby pomóc w zrozumieniu ich objawów. Prowadzone są prace nad udoskonaleniem klasyfikacji diagnostycznych. Aktualnie diagnoza zaburzeń psychosomatycznych prowadzona jest w oparciu o klasyfikację ICD-10/11 i DSM-5 (Woźniewicz, 2018). Najnowszym opracowaniem objawów psychosomatycznych są Kryteria Diagnostyczne dla Badań Psychosomatycznych (DCPR-R-SSI) Favy i in. (Basińska, Woźniewicz, 2021). Autorzy podkreślają, że zaproponowane rozumienie uwarunkowań objawów łączy dotychczasową dychotomię organiczne–funkcjonalne, umożliwiając ocenę różnych reakcji emocjonalnych i behawioralnych pacjenta. Kryteria pozwalają na identyfikację 14 syndromów psychosomatycznych w czterech kategoriach: związane ze stresem (przeciążenie allostatyczne), zachowania chorobowe (lęk o zdrowie, morbofobia, hipochondria, tanatofobia, zaprzeczanie chorobie, uporczywe somatyzacje, objawy konwersji, reakcja rocznicowa), przejawy psychologiczne (objawy somatyczne wtórne do zaburzenia psychicznego, utrata morale, stan drażliwości), charakterystyka osobowości (wzór zachowania typu A, aleksytymia). Umożliwiają one rozpoznanie wystąpienia syndromu, ale nie pozwalają na ocenę jego nasilenia. Są pomocne w ocenie zachowania pacjenta wobec swojego stanu zdrowia oraz przekonań na temat choroby i leczenia (Basińska, Woźniewicz, 2021; Grassi i in., 2017).

Sposób, w jaki pacjenci odnoszą się do choroby przewlekłej, ma istotne znaczenie dla procesów radzenia sobie z nią (Dalal, 2015). Choroba zmienia funkcjonowanie człowieka w sferze biologicznej, psychicznej, społecznej i duchowej, wymagając adaptacji do nowej sytuacji. Z perspektywy transakcyjnej teorii stresu choroba może być postrzegana jako krzywda/strata (związana z utratą cenionych zasobów i możliwości), zagrożenie (obawa przed utratą tego, co ważne dla pacjenta), wyzwanie (mobilizacja do podjęcia zmagania z chorobą). Ocena poznawcza sytuacji choroby może też przyjmować kategorie korzyści, przeszkody i wartości (Janowski i in., 2016) lub być rozpatrywana z perspektywy religijnego sensu znaczeń (Krok, 2014). Ocena sytuacji jest subiektywna i odzwierciedla sposób identyfikowania potrzeb zdrowotnych, dolegliwości i problemów ze zdrowiem. Przyjęcie określonego sposobu patrzenia na chorobę skutkuje przetwarzaniem informacji w kontekście tej oceny i wyborem określonych sposobów radzenia sobie z nią (Dalal, 2015). Pacjenci postrzegający swoją sytuację jako zagrożenie, strata lub przeszkoda ujawniają gorsze funkcjonowanie psychospołeczne. Natomiast postrzeganie choroby w kategoriach wyzwania lub wartości pozwala na lepszą adaptację do życia z chorobą (Janowski i in., 2016). Religijne odniesienia ułatwiają rozumienie zachodzących wydarzeń, dają nadzieję w chorobie (Krok, 2014; Park, 2007). Koncepcja własnej sytuacji choroby kształtuje się pod wpływem kulturowych przekazów na temat choroby, informacji pochodzących od specjalistów, przekazów rodzinnych, osobistych

doświadczeń związanych zarówno z nasileniem i rodzajem objawów, jak i ze skutecznością podejmowanego leczenia (Heszen, Sęk, 2007). W odniesieniu do obrazu chorób przewlekłych o charakterze psychosomatycznym wymienione wcześniej czynniki są źródłem dodatkowego stresu. Traktowanie objawów jako problemów mających źródła psychiczne, niesatysfakcjonującą relację lekarz–pacjent czy mało skuteczne działania zaradcze prowadzi do wydłużającego się w czasie procesu diagnozowania, a więc do przewlekłego okresu napięcia oraz wyczekiwania na „wyrok" i ustąpienie bólu (Kulik, 2014).

Istotną rolę odgrywa niesienie pomocy osobie chorującej, począwszy od bycia z nią w cierpieniu, po wsparcie w staraniach mających na celu nadanie znaczenia chorobie (Basińska, 2021; Heszen, Sęk, 2007; Krok, 2017). W różny sposób będzie wyglądała praca z pacjentem, który interpretuje swoją chorobę w kategoriach zagrożenia, krzywdy/straty, wyzwania. W przypadku traktowania choroby jako zagrożenia doświadcza się nieprzyjemnych emocji, jak np. lęk (Furmańska i in., 2018), związanych z przewidywaniem wystąpienia jakiejś szkody (Grygorczuk, 2008). Wtedy mogą pojawić się u osoby dodatkowe symptomy somatyczne. Chorujący potrzebuje wówczas pomocy w obniżeniu nasilenia doświadczanych emocji, takich jak strach, lęk. Jeśli człowiek traktuje swoją dolegliwość w kategoriach krzywdy/straty, może doświadczyć poczucia utraty i w związku z tym żalu, ponieważ traci nie tylko swoje zdrowie, lecz także nadzieję, związaną np. z realizacją planów życiowych. Wtedy, udzielając pomocy, należy pozwolić i pomóc pacjentowi przeżyć oraz przepracować żałobę związaną z jego załamaniem zdrowia (Basińska, 2021; Furmańska i in., 2018). Może również pojawić się postawa wiktymizacji z poczuciem bezradności, braku sprawstwa, niesprawiedliwości, bycia ofiarą (Golińska, 2009). Pomocą może być wówczas przeciwdziałanie koncentracji na doznanej stracie, przewartościowanie sytuacji w kierunku pozytywnych skutków. Interpretowanie własnej choroby jako wyzwania pozwala na ocenę choroby jako trudnej sytuacji, którą należy pokonać i podjąć walkę (Furmańska i in., 2018), czyli zrealizować konkretne kroki zaradcze. Pracując z pacjentem, który charakteryzuje się takim podejściem do choroby, należy wspierać go w działaniach oraz być czujnym na potencjalne przebodźcowanie się pacjenta sposobami radzenia sobie, mając przy tym świadomość, że dla zdrowia niektórzy potrafią uczynić wiele. Powyższe oddziaływania psychologiczne mają na celu wsparcie pacjenta w przystosowaniu się do życia z psychosomatyczną chorobą układu pokarmowego.

Różne rozpoznania kliniczne w przypadku chorób psychosomatycznych jednego układu fizjologicznego mają często podobne objawy somatyczne na początku. Etiologia ich nie jest jednoznacznie określona; znaczącą rolę ma działanie stresorów, a rokowania mogą być pomyślne dla pacjentów pomimo przewlekłego charakteru dolegliwości (Dembska, 2017; Denys i in., 2015; Rowicka, Czajka, 2011; Rydzewska i in., 2016). W odniesieniu do układu pokarmowego

dominującym doświadczeniem jest ból brzucha. Diagnostyka dolegliwości jest utrudniona m.in. dlatego, że objawy mogą przypominać inną chorobę somatyczną (Wojtuń i in., 2014). Postępowanie diagnostyczne wymaga włączenia wielu specjalistycznych badań medycznych, które wykluczą lub potwierdzą przyczyny organiczne. W przypadku schorzeń układu pokarmowego ostry stres psychologiczny przyczynia się do zmian w jego funkcjonowaniu oraz oddziałuje na interakcje na osi mózg–jelito. To zaś może skutkować nasileniem objawów choroby i doświadczanego bólu (Labanski i in., 2020). Przykładem takiej choroby psychosomatycznej układu pokarmowego z mechanizmem funkcjonalnym jest zespół jelita drażliwego (*irritable bowel syndrome*, IBS), a z mechanizmem autoimmunologicznym – choroba Leśniowskiego-Crohna (*Crohn's disease*, CD).

W IBS nawracające bóle brzucha wiążą się z defekacją, nieprawidłową częstotliwością i/lub postacią wypróżnień (Drossman, 2016). Konieczny do postawienia diagnozy ból brzucha może występować w zmiennej lokalizacji w jamie brzusznej, najczęściej jednak pojawia się w podbrzuszu, a pacjenci sugerują, że objawy często są indukowane lub nasilają się po spożyciu posiłku (Lacy i in., 2016; Ohlsson, 2022). W złożonej patogenezie choroby podkreśla się znaczenie interakcji jelitowo-mózgowych (mikroflora jelitowa i jej produkty metaboliczne biorące udział w zmianie funkcji przewodu pokarmowego; zob. Mayer, Savidge, Shulman, 2014; Öhman, Simrén, 2013; Salem i in., 2018), rolę stresu (Qin i in., 2014), zaburzenia motoryki przewodu pokarmowego, znaczenie neuroprzekaźnictwa, autonomicznej odpowiedzi żołądkowo-jelitowej, nadwrażliwość trzewną oraz inne cechy, takie jak płeć, genetyka czy wcześniejsze infekcje przewodu pokarmowego (Hellström, 2019). Czynniki psychospołeczne mogą wpływać na manifestację objawów oraz percepcję bólu doświadczanego przez chorującego, przy czym szczególną uwagę zwraca się na rolę stresu (Qin i in., 2014). Zespół jelita drażliwego dotyczy 10–15% populacji dorosłych, w większości kobiet, głównie w trzeciej i czwartej dekadzie życia (Adrych, Rydzewska, 2019; Zwolińska-Wcisło, 2017).

W CD bólowi brzucha towarzyszą objawy niedrożności jelit i/lub przewlekła biegunka, utrata masy ciała (Baumgart, Sandborn, 2012; Wehkamp i in., 2016), manifestacje pozajelitowe (np. objawy stawowe, skórne lub narządu wzroku; zob. Torres i in., 2017). Obraz kliniczny uwarunkowany jest lokalizacją schorzenia, nasileniem stanu zapalnego oraz rozwojem choroby (Torres i in., 2017). Diagnoza CD opiera się na zestawieniu symptomów, wyników badań radiologicznych i laboratoryjnych, endoskopii oraz analizie kryteriów histologicznych. Leczenie medyczne wykorzystywane w terapii CD polega na hamowaniu nadmiernie aktywnego układu odpornościowego przewodu pokarmowego i wymaga dokładnego nadzorowania stanu zapalnego w celu osiągnięcia remisji klinicznej i endoskopowej (Cushing, Higgins, 2021). Wśród czynników etiologicznych wymienia się: uwarunkowania genetyczne, odpowiedź

immunologiczną na rozregulowanie mikroflory jelitowej (Øyri, Műzes, Sipos, 2015), czynniki środowiskowe, w tym lepsze warunki sanitarno-higieniczne (Rampton, Shanahan, 2018), palenie, wczesne wydarzenia życiowe, stosowane leki i dietę, a także czynniki psychospołeczne, takie jak depresja czy lęk (Mak i in., 2019). Młodzież do 16. roku życia stanowi 23% pacjentów, a 70% doświadczających tego schorzenia to chorujący poniżej 35. roku życia (Rampton, Shanahan, 2018; Rydzewska i in., 2016).

Doświadczenie choroby układu pokarmowego może aktywizować występowanie emocji powodujących poczucie utraty aktualnego stylu życia czy też niepewności co do przyszłości (Rampton, Shanahan, 2018; Rydzewska i in., 2016).

CELE I PYTANIA BADAWCZE

Celem przeprowadzonego badania było zaprezentowanie charakterystyki psychosomatycznej pacjentów z IBS i CD, a także identyfikacja różnic w nasileniu oceny poznawczej sytuacji choroby z uwagi na występowanie syndromów psychosomatycznych oraz ocena związku liczby syndromów psychosomatycznych z interpretacją znaczenia choroby.

W związku z tym postawiono pytania: 1) o charakterystykę psychosomatyczną pacjentów z IBS i CD; 2) o różnice w nasileniu oceny poznawczej sytuacji choroby z uwagi na występowanie syndromów psychosomatycznych i ich liczbę u osób chorujących na IBS i CD; 3) o związek liczby syndromów psychosomatycznych z oceną choroby.

OSOBY BADANE

Grupę badaną stanowiło 101 polskojęzycznych osób w wieku od 18 do 60 lat (M = 32,61; SD = 10,39), z IBS (63,4%) i z CD (36,6%). Większość badanych to kobiety (79,2%). Najwięcej respondentów posiadało wykształcenie wyższe (62,4%) i było w związku (71,2%).

Czas trwania objawów choroby wahał się od 6 do 336 miesięcy (M = 105,88; SD = 83,94). Niektórzy badani byli w trakcie procesu diagnostycznego (N = 17). Średni upływ czasu po otrzymaniu diagnozy wynosił M = 61,19 miesięcy (SD = 62,58) i był bardzo zróżnicowany. Około 34,7% badanych nie stosowało farmakoterapii. Pozostali przyjmowali leki wpływające na działanie układu pokarmowego czy nastrój (tabela 1).

Tabela 1. Charakterystyka osób badanych ($N = 10$)

Kategorie	*N*	%	*M* (*SD*)	Min	Max
Płeć					
Kobieta	80	79,2	–		
Mężczyzna	21	20,8			
Typ choroby					
IBS	64	63,4	–		
CD	37	36,6			
Wiek	101	100	32,67 (10,55)	18	60
Objawy*	101	100	105,88 (83,94)	6	336
Diagnoza**	101	100	61,19 (62,58)	3	276

Objaśnienie: * długość trwania objawów w miesiącach; ** okres od otrzymania diagnozy w miesiącach.

Źródło: opracowanie własne.

NARZĘDZIA

W badaniach wykorzystano Kryteria Diagnostyczne dla Badań Psychosomatycznych (*Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research*, DCPR-R-SSI) Guidi i in. w zrewidowanej wersji Basińskiej i Woźniewicz (2014, 2021). W formularzu DCPR-R-SSI wprowadzono dane socjodemograficzne i zdrowotne, np. stan cywilny i rodzinny, kategorie wykształcenia, czas trwania objawów choroby, przyjmowanie leków. Narzędzie jest częściowo ustrukturyzowanym wywiadem, skonstruowanym z 14 rubryk diagnostycznych, które dotyczą syndromów zaburzeń psychosomatycznych, takich jak przeciążenie allostatyczne, lęk o zdrowie, hipochondria, morbofobia, zaprzeczanie chorobie, uporczywe somatyzacje, objawy konwersji, reakcja rocznicowa, demoralizacja, tanatofobia, objawy wtórne wynikające z zaburzeń psychicznych, nastrój irytacji, aleksytymia oraz wzór zachowania typu A.

Do oceny choroby jako stresora zastosowano Kwestionariusz Oceny Stresu w wersji B (KOS-B; zob. Włodarczyk, Wrześniewski, 2010). Narzędzie zawiera 35 przymiotników opisujących sytuację stresową. Zadaniem respondentów jest ustosunkowanie się względem wszystkich określeń na skali od 0 (*zdecydowanie nie*) do 3 (*zdecydowanie tak*). Wyniki przedstawia się w czterech skalach, wyrażających ocenę sytuacji stresowej jako: zagrożenie, krzywda/strata, wyzwanie-aktywność, wyzwanie-pasywność. Im wyższy wynik, tym większe nasilenie oceny. *Alfa* Cronbacha dla wymienionych skal w badaniach własnych waha się od 0,74 do 0,90.

PROCEDURA

Badanie przeprowadzono w latach 2020–2023 metodą kuli śnieżnej. Badanych poszukiwano również w przestrzeni mediów społecznościowych, instytucji opieki

zdrowotnej i administracji publicznej. Realizacja badania przebiegała w dwóch etapach: bezpośredni wywiad z pacjentem (lub wywiad zdalny w czasie pandemii), a następnie wypełnienie przez niego zestawu kwestionariuszy. Zastosowana procedura umożliwia uniknięcie błędu wspólnej metody (Razmus, Mielniczuk, 2018). Badania zrealizowano zgodnie z zasadą anonimowości i dobrowolności, z wykorzystaniem klauzuli RODO. Zaprezentowane rezultaty są częścią większego projektu, który uzyskał pozytywną opinię Komisji Etyki Badań IP KUL (KEBN_34/2020).

WYNIKI

Analizy statystyczne przeprowadzono w programie IBM SPSS 28. Wykorzystano podstawowe statystyki opisowe, takie jak średnia, mediana, odchylenie standardowe. W celu identyfikacji różnic między zmiennymi obliczony został test *t* Studenta oraz *U* Manna-Whitneya. Dla oceny siły związku między zmiennymi obliczono *r* Pearsona.

Nie wykazano statystycznie istotnych różnic między wynikami pacjentów z IBS i CD w zakresie obrazu choroby i objawów psychosomatycznych. W związku z tym dalsze analizy przeprowadzono z uwzględnieniem obu jednostek chorobowych jako jednej grupy.

U 88 (87,1%) osób wystąpił przynajmniej jeden syndrom psychosomatyczny; u połowy zidentyfikowano dwa syndromy lub mniej ($M = 2{,}49$; $SD = 1{,}78$; $Me = 2$) przy rozrzucie wyników od 1 do 7. W prezentowanej grupie zidentyfikowano łącznie 251 syndromów psychosomatycznych: związane ze stresem $N = 54$ (21,5%), zachowania chorobowe $N = 88$ (35,1%), czynniki psychologiczne $N = 54$ (21,5%), charakterystyki osobowościowe $N = 55$ (21,9%). Na podstawie częstości występowania poszczególnych objawów psychosomatycznych w grupie wybrane zostały te objawy, które reprezentowane były przynajmniej przez 20% badanych. Na tej podstawie w dalszych analizach uwzględniono: przeciążenie allostatyczne, wzór zachowania typu A, utratę morale oraz stan drażliwości (irytacji). Z danych zamieszczonych w tabeli 2 wynika, że przeciążenie allostatyczne wystąpiło u 53,5%, wzór zachowania typu A – u 43,6%, utrata morale – u 29,7%, a stan drażliwości (irytacji) – u 22,8% badanych.

Tabela 2. Częstość występowania objawów psychosomatycznych w badanej grupie

Syndromy DCPR	*N*	%	Procent z DCPR ($N = 251$)
Allostatyczne przeciążenie	54	53,5	21,5
Wzór zachowania typu A	44	43,6	17,5
Utrata morale	30	29,7	12
Stan drażliwości	23	22,8	9,2
Zaprzeczanie chorobie	19	18,8	7,6

Lęk o zdrowie	18	17,8	7,2
Uporczywe somatyzacje	17	16,8	6,8
Objawy konwersji	16	15,8	6,4
Reakcja rocznicowa	11	10,9	4,4
Aleksytymia	11	10,9	4,4
Morbofobia	4	4	1,6
Hipochondria	2	2	0,8
Tanatofobia	1	1	0,4
Objawy somatyczne wtórne do zaburzenia psychicznego	1	1	0,4

Źródło: opracowanie własne.

Kolejnym krokiem było porównanie oceny znaczenia stresora z uwagi na występowanie lub brak wybranych syndromów psychosomatycznych. Dane do analiz zamieszczono w tabeli 3. Wynika z nich, że wystąpiły statystycznie istotne różnice w ocenie znaczenia stresora. Osoby ze zidentyfikowanymi syndromami psychosomatycznymi w stosunku do pozostałych oceniają swoją chorobę bardziej jako zagrożenie, a mniej jako wyzwanie. Badani z objawami allostatycznego przeciążenia (AP) istotnie silniej interpretują swoją chorobę jako zagrożenie i jako krzywdę/stratę, a rzadziej jako wyzwanie-aktywność w porównaniu do osób, które nie doświadczają tych symptomów. Pacjenci z wzorem zachowania typu A ujawniają większe nasilenie oceny choroby jako zagrożenia i krzywdy/straty niż osoby bez tego syndromu. Również pacjenci z syndromem utraty morale mocniej niż inni oceniają chorobę jako krzywdę/stratę. Objaw drażliwości nie różnicuje grup pod względem oceny stresora.

Tabela 3. Różnice w ocenie znaczenia stresora ze względu na występowanie (lub nie) objawów psychosomatycznych

Ocena stresora	Grupa z diagnozą		Grupa bez diagnozy		Test różnic	
	M	*SD*	*M*	*SD*	*t*	*p*
Przeciążenie allostatyczne						
Zagrożenie	12,35	5,65	9,28	4,99	2,879	0,005
Wyzwanie-aktywność	7,87	2,80	9,47	2,80	–2,861	0,005
Wyzwanie-pasywność	4,00	2,72	5,02	3,23	–1,724	n.i.
Krzywda/strata	5,52	2,58	4,36	2,43	2,309	0,023
Wzór zachowania typu A						
Zagrożenie	12,41	5,84	9,77	5,07	2,427	0,017
Wyzwanie-aktywność	8,93	2,77	8,37	2,99	0,968	n.i.
Wyzwanie-pasywność	4,95	2,97	4,11	2,99	1,418	n.i.

Krzywda/strata	5,64	2,62	4,47	2,42	2,307	0,023
	Średnia ranga		Średnia ranga		*Z*	*p*
Utrata morale						
Zagrożenie	55,32		49,18		–0,965	n.i.
Wyzwanie-aktywność	50,77		51,10		–0,052	n.i.
Wyzwanie-pasywność	44,12		53,91		–1,546	n.i.
Krzywda/strata	62,23		46,25		–2,525	0,012
Stan drażliwości						
Zagrożenie	59,67		48,44		–1,619	n.i.
Wyzwanie-aktywność	56,60		49,29		–1,088	n.i.
Wyzwanie-pasywność	56,93		49,25		–1,113	n.i.
Krzywda/strata	60,91		48,08		–1,862	n.i.
Występowanie syndromów psychosomatycznych						
Zagrożenie	53,72		32,58		–2,434	0,015
Wyzwanie-aktywność	44,58		67,62		–2,205	0,027
Wyzwanie-pasywność	47,59		74,08		–3,064	0,002
Krzywda/strata	52,91		38,04		–1,723	n.i.

Źródło: opracowanie własne.

W celu analizy związku między liczbą syndromów psychosomatycznych a oceną znaczenia stresora zastosowano korelację *r* Pearsona (tabela 4).

Tabela 4. Korelacja między objawami psychosomatycznymi a oceną choroby w grupie badanych z IBS i CD

Liczba syndromów psychosomatycznych a ocena choroby jako	*r*	*p*
Zagrożenie	0,309	0,002
Wyzwanie-aktywność	–0,089	n.i.
Wyzwanie-pasywność	–0,144	n.i.
Krzywda/strata	0,302	0,002

Źródło: opracowanie własne.

Im częściej u badanych występują syndromy psychosomatyczne, tym większa skłonność osób z IBS i CD do oceny choroby jako zagrożenia oraz krzywdy/straty. Zależności są istotne, umiarkowane i dodatnie.

DYSKUSJA WYNIKÓW

Doświadczenie choroby somatycznej wpływa na sposób funkcjonowania osoby na co dzień – chorujący zmaga się z jej konsekwencjami w sferze prywatnej,

zawodowej czy towarzyskiej. W związku z coraz częstszym rozpowszechnieniem dolegliwości układu pokarmowego (Zardzewiały i in., 2023) dokonano charakterystyki psychosomatycznej badanych z IBS i CD, oceniono różnice w nasileniu oceny poznawczej choroby ze względu na występowanie objawów psychosomatycznych i ich liczbę oraz sprawdzono związek między liczbą symptomów psychosomatycznych i oceną choroby.

Wykazano, że u około 13% badanych z chorobą psychosomatyczną układu pokarmowego nie wystąpiły syndromy psychosomatyczne. W sytuacji doświadczania choroby przewlekłej w porównaniu do czasu, gdy objawy nie występują, osoba odczuwa cierpienie emocjonalne czy też wyższą drażliwość (Basińska, 2021). Z badań Basińskiej i Woźniewicz (2016) wynika, że objawów wtórnych do zaburzenia psychicznego nie zgłosiły osoby chorujące na HCV oraz chorobę lokomocyjną i kardiologiczną, a także pacjenci podstawowej opieki zdrowotnej. Ta grupa pacjentów nie miała na tyle nasilonych objawów chorobowych, aby wystąpił wspomniany syndrom psychosomatyczny. Podobnie mogło się wydarzyć w grupie chorujących na IBS i CD. Ponadto wykazano, że u około 87% badanych wystąpił co najmniej jeden syndrom psychosomatyczny, a w przypadku połowy były to dwa lub mniej syndromów. Charakterystyczne dla dolegliwości psychosomatycznych jest to, że objawy są niezwykłe, nie są jednoznacznie określone ani nie wiadomo, kiedy mogą się pojawić. Pacjenci doświadczają niepewności co do przyszłości, ale też zastanawiają się nad normatywnością doświadczania swoich objawów (O'Sullivan, 2017). Wiedza na temat specyfiki dolegliwości (tego, że mają podłoże psychologiczne), a także niewiedza dotycząca tego, jakie zmiany mogą nastąpić w wielu sferach życiowych, są dodatkowym obciążeniem dla chorujących (Chojnacka-Szawłowska, 2012). W przypadku schorzeń psychosomatycznych wystąpienie jednego objawu generuje pojawianie się kolejnych symptomów (Kulik, Smotrycka, 2016), co wiąże się z istnieniem czynnika latentnego – nieuchwytnego, który powoduje aktywację symptomów somatycznych i psychosomatycznych (Robbins, Kirmayer, Hemami, 1997). Biorąc pod uwagę niejednoznaczność związaną z chorowaniem i rozwijaniem się kolejnych objawów, dostrzega się, jak szerokie jest zapotrzebowanie na wsparcie osób chorujących – im więcej występujących objawów, tym większa potrzeba oddziaływań pomocowych. Berezowski i in. (2022) w podsumowaniu analiz dotyczących wczesnej interwencji zwracają uwagę na konieczność ukierunkowania oddziaływań na zmienność objawów w rozwoju chorób psychosomatycznych.

Na podstawie częstości występowania poszczególnych objawów psychosomatycznych w grupie wybrano te objawy, które reprezentowane były przynajmniej przez 20% badanych. Należały do nich: przeciążenie allostatyczne, wzór zachowania typu A, utrata morale oraz stan drażliwości (irytacji).

Allostatyczne przeciążenie odnosi się do doświadczania stresu fizjologicznego. To stan występowania wieloukładowych, destrukcyjnych zmian w organizmie,

które są skutkiem przewlekłego działania patogenów. Natężenie przeciążenia allostatycznego wzrasta, gdy w życiu występują nieprzewidziane wydarzenia (Ferensztajn, Rybakowski, 2012). W sytuacji dolegliwości psychosomatycznych niektóre reakcje organizmu mogą być dla pacjentów niespodziewane. Powtarzające się nietypowe reakcje organizmu czy też brak świadomości na temat objawów wynikających z choroby mogą spowodować, że pacjent będzie funkcjonował w permanentnym poczuciu stresu, wynikającym z czujności (Mirski, 2021), dotyczącym tego, jakie okoliczności mogą pojawić się w chorobie. Nierzadko sytuacje dnia codziennego mogą być oceniane jako destrukcyjny stresor.

Wzór zachowania typu A wiąże się z potrzebą osiągnięć, tendencją do dominacji i używania agresji w dążeniu do realizacji planów życiowych oraz ze specyficzną relacją między osobą a środowiskiem (Heszen, Sęk, 2007). Spośród czterech syndromów, które występowały najczęściej w grupie badanej, wzór zachowania typu A był najmniej podatny na zmiany. To czynnik uwarunkowany percepcyjnie, emocjonalnie i osobowościowo (Kubacka-Jasiecka, 2006).

Utrata morale (demoralizacja) dotyczy odczucia obniżonego zaufania, motywacji, utraty hartu ducha, zniechęcenia. Syndrom ten może wystąpić, gdy pacjent czuje się zrezygnowany, a to poczucie wynika w dużej mierze ze stanu somatycznego. Basińska (2021) zwraca uwagę, że negatywne stany egzystencjalne powodują, iż człowiek ma niższą odporność na wystąpienie choroby. Według Porcelli i Rafanelli (2010) demoralizacja jest typowa dla konkretnych stanów klinicznych i nie jest postawą ogólną. Te doniesienia są spójne z wynikami badań własnych, w których demoralizacja wystąpiła u niemal 30% badanych chorujących psychosomatycznie. Badania Basińskiej i Woźniewicz (2016) wykazały, że demoralizacja dotyczyła 10–23% chorujących somatycznie.

Wiedza na temat występowania poszczególnych syndromów psychosomatycznych pozwala na skonstruowanie zaleceń dla pacjentów chorujących na IBS i CD. Ponad połowa badanych doświadcza objawów allostatycznego przeciążenia, blisko 44% wzoru zachowania typu A, prawie 30% demoralizacji, a niemal 23% stanu drażliwości. Im wyższe nasilenie stresu, tym wyższe nasilenie kortyzolu, który poprzez swoje chroniczne oddziaływanie obniża funkcjonowanie układu odpornościowego (Sapolsky, 2011), przez co organizm jest bardziej podatny na choroby. Basińska (2021) podkreśla, że negatywne sytuacje życiowe obniżają odporność na choroby. W konsekwencji te cztery syndromy psychosomatyczne mogą w przyszłości wiązać się z intensywnymi objawami chorobowymi. W związku z tym oddziaływania psychologiczne powinny być ukierunkowane na uczenie pacjentów z dolegliwościami psychosomatycznymi układu pokarmowego radzenia sobie w sytuacjach trudnych, takich jak objawy chorobowe, relaksacja czy nadawanie znaczeń chorobie. Basińska (2021) uważa, że cierpienie bez nadania mu znaczenia jest nie do zniesienia dla chorego. Nie jest możliwa całkowita modyfikacja wzoru zachowania typu A. Mając wiedzę na temat tego

wzoru, należy pracować z pacjentami w taki sposób, aby najpierw uświadomili sobie, czy zmagają się z zachowaniami typowymi dla tej charakterystyki, a w dalszej kolejności należy prowadzić pracę w kierunku osłabiania bądź utrzymywania normatywnych reakcji.

Analizy wykazały, że osoby badane, które wykazują objawy allostatycznego przeciążenia w porównaniu do badanych, którzy nie doświadczają tych symptomów, interpretują swoją chorobę jako zagrożenie i krzywdę/stratę, rzadziej zaś jako wyzwanie-aktywność. Postrzeganie choroby w kategoriach krzywdy czy zagrożenia może wskazywać na mniejszą akceptację choroby (Adamska, Juczyńska, Miniszewska, 2015). Badacze podkreślają istotny wpływ nasilenia stresu na akceptację choroby (Rachubińska i in., 2021). Związek między stresem a chorobą oraz jej postrzeganiem jest dwukierunkowy, ponieważ negatywne postrzeganie własnego schorzenia wiąże się również z wyższym poziomem doświadczanego stresu (Miceli i in., 2019). Objawy allostatycznego przeciążenia, które manifestują się większym doświadczaniem stresu, mogą więc wpływać na percepcję choroby. Gdy stresor jest oceniany jako obciążający lub przekraczający możliwości radzenia sobie danej osoby, osoby doświadczające go mogą być także bardziej skłonne do interpretowania sytuacji zdrowotnej jako zagrożenia, krzywdy czy straty. Wyniki badania wskazują na to, że pacjenci z wzorem zachowania typu A ujawniają większe nasilenie oceny choroby jako zagrożenia i krzywdy/straty niż osoby bez tego syndromu. Wyniki zgodne są z doniesieniami badaczy, którzy wskazują, że osoby z wzorem zachowania typu A przejawiają intensywne reakcje psychofizjologiczne, a sytuacje stresowe są przez nie często postrzegane jako istotne zagrożenie (Monastyrska, Beck, 2014). Osoby wykazujące ten wzorzec zachowania często stosują mechanizm zaprzeczania (Miśkowiec i in., 2013), co może być powodem braku postrzegania swojej choroby w kategoriach wyzwania-aktywności. Wyniki analiz prowadzą do wniosku, że również osoby z syndromem utraty morale bardziej niż inni oceniały swoją chorobę w kategorii krzywdy/straty. Demoralizacja pojawia się w sytuacjach, w których istnieje ryzyko utraty szczęścia u jednostek znajdujących się w danych okolicznościach (Basińska, 2021). Charakterystyczne dla niej poczucie bezradności i kompleks „poddania się" wywołane są przez doświadczenie straty (Basińska, 2021; Golińska, 2009). Taką sytuacją może być doświadczenie przewlekłej choroby somatycznej. Zgodnie z literaturą zjawisko demoralizacji wśród osób chorujących somatycznie jest bardziej determinowane przez sposób radzenia sobie z chorobą niż sam fakt jej wystąpienia. Ten sposób radzenia sobie zależy od przekonań i założeń dotyczących samego siebie i choroby (Basińska, 2021). Kleszcz-Szczyrba (2016) uważa, że każda strata wymaga uznania tego, co się stało oraz przeżycia tej straty. W zależności od etapu pacjentowi mogą towarzyszyć inne doświadczenia: szok, uświadomienie straty, chronienie siebie/wycofanie, powracanie do zdrowia, przejmowanie kontroli. Efektem jest

przejście od dezorganizacji do reorganizacji w wymiarach psychicznym, somatycznym, społecznym i duchowym.

Wyniki badań wykazały, że im częściej występują syndromy psychosomatyczne u osób chorujących na IBS i CD, tym wyższa tendencja do oceny własnej choroby w kategoriach zagrożenia i krzywdy/straty. Rezultaty te mogą być wynikiem narastającej liczby występujących syndromów psychosomatycznych. Jak wspomniano wcześniej, w przypadku dolegliwości psychosomatycznych pojawienie się objawu choroby generuje tworzenie się kolejnych (Kulik, Smotrycka, 2016). Taka tendencja może wzmacniać u osób chorujących nasilenie stresu, po czym powodować gorsze samopoczucie (Sapolsky, 2011) i w konsekwencji chorujący dokonuje negatywnej oceny choroby. Dudek i Siwek (2007) zwracają uwagę, że w przypadku leczenia depresji dochodzenie do zdrowia jest utrudnione, jeśli u pacjenta występuje wyższe nasilenie objawów choroby somatycznej i więcej organów jest narażonych na chorobę. W przypadku dolegliwości psychosomatycznych może wystąpić podobna zależność – im więcej syndromów psychosomatycznych, tym bardziej interpretacja choroby kierowana jest ku zagrożeniu, krzywdzie/stracie. Zasoby do radzenia sobie w takiej sytuacji mogą być niewystarczające. Ujmowanie symptomów chorobowych jako zagrożenia, krzywdy/straty może być wynikiem procesu chorowania, ale też skutkiem utraty cenionych wartości, takich jak zdrowie. W badaniach Pasikowskiego (2000) wykazano, że badani, którzy oceniają stresory jako zagrożenie lub krzywdę, gorzej oceniają swoje zdrowie w stosunku do tych, którzy sytuacje trudne traktują jako wyzwanie. Ujmowanie dolegliwości w znaczeniu zagrożenia i krzywdy/straty może wiązać się z pojawianiem się nieprzyjemnych emocji, które wraz z zaostrzeniem objawów obniżają akceptację choroby (Chrobak-Bień i in., 2018).

Analizy pokazały, że im więcej syndromów psychosomatycznych występuje u pacjentów, tym bardziej oceniają oni sytuację choroby jako zagrożenie i krzywdę/stratę. Wyniki wpisują się w dotychczasową narrację o chorobach przewlekłych – im więcej jest zmian związanych z sytuacją chorowania, tym większe poczucie utraty dotychczasowych możliwości życiowych oraz tym więcej negatywnych emocji. Nasilenie różnorodności syndromów budzi też niepokój o przyszłość i powoduje narastanie poczucia zagrożenia, zarówno płynącego z wystąpienia bólu i objawów chorobowych, jak i antycypowanego, dotyczącego możliwości utraty cenionych wartości z powodu choroby (Faresjö i in., 2013; Kopczyńska i in., 2018; Mykletun i in., 2010). Liczba syndromów wskazuje także na mniejsze umiejętności radzenia sobie z chorobą psychosomatyczną. W rozumieniu tej zależności można odnieść się również do specyfiki pacjenta z chorobą psychosomatyczną dotyczącą trudności w identyfikacji zależności między sytuacją życiową, stanem emocjonalnym i objawami fizjologicznymi. Narracja o sytuacji pacjenta i doświadczanym cierpieniu przez

rekonstrukcję zdarzeń pomaga w nadaniu sensu chorobie i przekwalifikowaniu jej oceny (Saito, 2009).

ZAKOŃCZENIE

Przeprowadzone badania i analizy danych z wywiadu i kwestionariuszy, które wypełniały osoby z chorobami psychosomatycznymi układu pokarmowego, ujawniły kilka ciekawych wyników:

1. Reprezentacja poznawcza choroby i występowanie syndromów psychosomatycznych nie różnicują osób z IBS i CD mimo aktywacji różnych osi stresu: psychofizjologiczna vs endokrynologiczna.
2. Połowa badanych osób zgłosiła fakt współwystępowania syndromów psychosomatycznych.
3. Najczęściej wskazywane przez badanych syndromy to allostatyczne przeciążenie, wzór zachowania typu A, utrata morale i stan drażliwości. Syndromy te wiążą się ze stresem, funkcjonowaniem psychicznym i osobowością.
4. Nasilenie występowania syndromów w kategorii częstości i ich liczby nasila w tej grupie skłonność do oceny sytuacji choroby jako krzywdy/straty lub zagrożenia.
5. Około 13% badanych osób z chorobami psychosomatycznymi układu pokarmowego nie ujawniło wystąpienia mechanizmów psychosomatycznych.

Przeprowadzone analizy pozwoliły na sformułowanie kilku zaleceń, które mogą wesprzeć osobę chorującą w przystosowaniu się do życia z psychosomatyczną chorobą przewlekłą układu pokarmowego:

1. Jeśli pacjent interpretuje swoją chorobę jako krzywdę/stratę, udzielając pomocy psychologicznej należy pozwolić i pomóc mu przeżyć oraz przepracować żałobę związaną z załamaniem stanu zdrowia.
2. Chorującego, który ocenia własną chorobę jako wyzwanie, należy wspierać w działaniach, ale trzeba też być czujnym na potencjalne przebodźcowanie się pacjenta sposobami radzenia sobie.
3. Człowiek, który traktuje swoją dolegliwość jako zagrożenie, potrzebuje pomocy w obniżeniu nasilenia doświadczanych emocji, takich jak strach, lęk.
4. Pacjent, który zmaga się z allostatycznym przeciążeniem, wzorem zachowania typu A czy stanem drażliwości, potrzebuje nabyć kompetencje w zakresie: sposobów radzenia sobie ze stresem, rozpoznawania symptomów ciała, które mogą świadczyć o zaburzeniu zdrowia, a także nadawania nowych znaczeń wydarzeniom życiowym.
5. Osoba, która doświadcza demoralizacji, potrzebuje pomocy w zakresie nadania znaczenia swojej chorobie, znalezienia sensu.

W niniejszym projekcie badawczym grupę badaną stanowiło 79,2% kobiet. Dysproporcja związana z płcią oraz liczebność grupy badanej nie pozwalają na generalizowanie wyników badań na populację.

BIBLIOGRAFIA

Adamska, M., Juczyńska, K., Miniszewska, J. (2015). Sposób postrzegania własnej choroby jako czynnik wyznaczający jej akceptację u osób chorych na łuszczycę. *Current Problems of Psychiatry*, *16*(1), 26–37.

Adrych, K., Rydzewska, G. (2019). Rozpoznawanie i leczenie zespołu jelita nadwrażliwego w praktyce lekarza rodzinnego. *Forum Medycyny Rodzinnej*, *13*(6), 269–278.

Basińska, M.A. (2009). *Funkcjonowanie psychologiczne pacjentów w wybranych chorobach endokrynologicznych. Uwarunkowania somatyczne i osobowościowe*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.

Basińska, M.A. (2021). *Syndrom demoralizacji w zmaganiu się z chorobą – rozumienie, kształtowanie się i pomiar*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.

Basińska, M.A., Woźniewicz, A. (2014). Psychologiczne czynniki oddziałujące na stan somatyczny – metoda pomiaru. *Przegląd Lekarski*, *71*(6), 328–333.

Basińska, M.A., Woźniewicz, A. (2016). Occurrence of Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research Syndromes in Polish Patients with Chronic Illness. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *85*(6), 386–387. **DOI: 10.1159/000447243**

Basińska, M.A., Woźniewicz, A. (2021). Kryteria Diagnostyczne dla Badań Psychosomatycznych – wersja zrewidowana (DCPR-R) Giovanniego Favy z zespołem. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, *21*(2), 121–127. **DOI: 10.15557/PiPK.2021.0013**

Baumgart, D.C., Sandborn, W.J. (2012). Crohn's Disease. *The Lancet*, *380*(9853), 1590–1605. **DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60026-9**

Berezowski, L., Ludwig, L., Martin, A., Löwe, B., Shedden-Mora, M.C. (2022). Early Psychological Interventions for Somatic Symptom Disorder and Functional Somatic Syndromes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychosomatic Medicine*, *84*(5), 325–338.

Boehm, J., Qureshi, F., Chen, Y., Soo, J., … Kubzansky, L. (2020). Optimism and Cardiovascular Health: Longitudinal Findings from the Coronary Artery Risk Development in Young Adults Study. *Psychosomatic Medicine*, *82*(8), 774–781. **DOI: 10.1097/PSY.0000000000000855**

Chojnacka-Szawłowska, G. (2012). *Psychologiczne aspekty przewlekłych chorób somatycznych*. Warszawa: Vizja Press.

Chrobak-Bień, J., Gawor, A., Papalczyk M., Gąsiorowska, A. (2018). Wpływ czynników socjodemograficznych i klinicznych na stopień akceptacji choroby wśród osób cierpiących na chorobę Leśniowskiego-Crohna. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, *8*(1), 47–53. **DOI: 10.17219/pzp/76713**

Cushing, K., Higgins, P.D.R. (2021). Management of Crohn Disease: A Review. JAMA, *325*(1), 69–80. **DOI: 10.1001/jama.2020.18936**

Dalal, A.K. (2015). *Health Beliefs and Coping with Chronic Diseases*. New Delhi: Sage Publications.

Dembska, O. (2017). Terapia poznawczo-behawioralna w leczeniu objawów niewyjaśnionych medycznie. Skuteczność i metody postępowania. *Psychoterapia*, *180*(1), 49–58.

Denys, K., Orzechowska, A., Gałecki, P. (2015). Kiedy podejrzewać podłoże psychiczne w zaburzeniach układu pokarmowego? *Medycyna po Dyplomie*, *24*(7), 72–80.

Drossman, D.A. (2016). Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features, and Rome IV. *Gastroenterology*, *150*(6), 1262–1279. **DOI: 10.1053/j.gastro.2016.02.032**

Dudek, D., Siwek, M. (2007). Współistnienie chorób somatycznych i depresji. *Psychiatria*, *4*(1), 17–24.

Faresjö, Å., Grodzinsky, E., Hallert, C., Timpka, T. (2013). Patients with Irritable Bowel Syndrome Are More Burdened by Co-Morbidity and Worry about Serious Diseases than Healthy

Controls – Eight Years Follow-Up of IBS Patients in Primary Care. *BMC Public Health*, *13*. **DOI: 10.1186/1471-2458-13-832**

Fava, G.A., Sonino, N. (2000). Psychosomatic Medicine: Emerging Trends and Perspectives. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *69*(4), 184–197. **DOI: 10.1159/000012393**

Fava, G.A., Sonino, N. (2005). The Clinical Domains of Psychosomatic Medicine. *Journal of Clinical Psychiatry*, *66*(7), 849–858. **DOI: 10.4088/jcp.v66n0707**

Fava, G.A., Cosci, F., Sonino, N. (2017). Current Psychosomatic Practice. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *86*(1), 13–30. **DOI: 10.1159/000448856**

Ferensztajn, E., Rybakowski, J. (2012). Koncepcja allostazy a neurobiologia choroby afektywnej dwubiegunowej. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, *7*(2), 65–75.

Freyberger, H.J., Schneider, W., Stieglitz, R.D. (2005). *Kompendium psychiatrii, psychoterapii, medycyny psychosomatycznej*. Warszawa: PZWL.

Furmańska, J., Rzepa, T., Pietrzak-Nowacka, M., Koziarska, D. (2018). Psychospołeczne uwarunkowania oceny własnej choroby przez osoby przewlekle chore. *Człowiek i Społeczeństwo*, *45*, 245–261.

Golińska, L. (2009). Wpływ doświadczeń trwałego uszczerbku zdrowia na jakość życia. *Polskie Forum Psychologiczne*, *14*(1), 5–16.

Grassi, L., Meggiolaro, E., Berardi, M.A., Sirgo, A., … Nanni, M.G. (2017). Beliefs about Medicines, Doctor–Patient Relationship, and Coping among European Patients with Cancer. *Psycho-Oncology*, *26*(2), 282–285. **DOI: 10.1002/pon.4125**

Grygorczuk, A. (2008). Pojęcie stresu w medycynie i psychologii. *Psychiatria*, *5*(3), 111–115.

Hellström, P.M. (2019). Pathophysiology of the Irritable Bowel Syndrome – Reflections of Today. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, *40–41*. **DOI: 10.1016/j.bpg.2019.05.007**

Henningsen, P., Fink, P., Hausteiner-Wiehle, C., Rief, W. (2011). Terminology, Classification and Concepts. W: F. Creed, P. Henningsen, P. Fink (Eds.), *Medically Unexplained Symptoms, Somatisation and Bodily Distress* (s. 43–68). Cambridge: Cambridge University Press.

Heszen, I., Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: PWN.

Holmes, T.H., Rahe, R.H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, *11*(2), 213–218. **DOI: 10.1016/0022-3999(67)90010-4**

Janowski, K., Tatala, M., Jedynak, T., Księżpolska, A., Głowacka, B. (2016). Wsparcie społeczne a ocena własnej choroby, nasilenie objawów depresyjnych i akceptacja życia z chorobą u kobiet po mastektomii. *Polskie Forum Psychologiczne*, *21*(2), 188–205. **DOI: 10.14656/PFP20160203**

Kleszcz-Szczyrba, R. (2016). Czy każdej stracie „potrzebna jest" żałoba i czy każdej żałobie „potrzebna jest" terapia? W: R. Kleszcz-Szczyrba, A. Gałuszka (red.), *Utrata i żałoba. Teoria i praktyka* (s. 111–121). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Kopczyńska, M., Mokros, Ł., Pietras, T., Małecka-Panas, E. (2018). Quality of Life and Depression in Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Gastroenterology Review*, *13*(2), 102–108. **DOI: 10.5114/pg.2018.75819**

Krok, D. (2014). Religijny system znaczeń i poczucie sensu życia jako predyktory eudajmonistycznego dobrostanu psychicznego u osób chorych na nowotwór. *Studia Psychologica*, *14*(2), 25–40.

Krok, D. (2017). *W poszukiwaniu znaczenia choroby nowotworowej*. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.

Kubacka-Jasiecka, D. (2006). Funkcjonowanie emocjonalne kobiet po mastektomii z perspektywy rozważań nad wzorem zachowania typu C (WZC). *Sztuka Leczenia*, *13*(3–4), 31–48.

Kulik, A. (2014). Komunikacja pacjent–lekarz w zespołach objawów medycznie niewyjaśnianych. W: J. Walkusz, M. Krupa (red.), *Universitati serviens. Księga pamiątkowa ku czci Księdza Profesora Stanisława Wilka SDB* (s. 647–653). Lublin: Wydawnictwo KUL.

Kulik, A., Smotrycka, A. (2016). Zespoły medycznie niewyjaśniane – poszukiwanie wspólnych uwarunkowań na przykładzie PMS i CSF. *Sztuka Leczenia*, (1), 55–64.

Labanski, A., Langhorst, J., Engler, H., Elsenbruch, S. (2020). Stress and the Brain-Gut Axis in Functional and Chronic-Inflammatory Gastrointestinal Diseases: A Transdisciplinary Challenge. *Psychoneuroendocrinology*, *111*. **DOI: 10.1016/j.psyneuen.2019.104501**

Lacy, B.E., Mearin, F., Chang, L., Chey, W.D., … Spiller, R. (2016). Bowel Disorders. *Gastroenterology*, *150*(6), 1393–1407. **DOI: 10.1053/j.gastro.2016.02.031**

László, A., Lénárt, L., Illésy, L., Fekete, A., Nemcsik, J. (2019). The Role of Neurotrophins in Psychopathology and Cardiovascular Diseases: Psychosomatic Connections. *Journal of Neural Transmission*, *126*, 265–278. **DOI: 10.1007/s00702-019-01973-6**

Lewandowska, K., Rogiewicz, M., Specjalski, K., Niedoszytko, M., Jassem, E. (2006). Wpływ psychoterapii na jakość życia chorych z umiarkowaną i ciężką postacią astmy oskrzelowej – doniesienie wstępne. *Polska Medycyna Paliatywna*, *5*(3), 114–119.

Mak, W.Y., Hart, A.L., Ng, S.C. (2019). Crohn's Disease. *Medicine*, *47*(6), 377–387. **DOI: 10.1016/j.mpmed.2019.03.007**

Mayer, E.A., Savidge, T., Shulman, R.J. (2014). Brain–Gut Microbiome Interactions and Functional Bowel Disorders. *Gastroenterology*, *146*(6), 1500–1512. **DOI: 10.1053/j.gastro.2014.02.037**

Mehta, P.K., Thobani, A., Vaccarino, V. (2019). Coronary Artery Spasm, Coronary Reactivity and Their Psychological Context. *Psychosomatic Medicine*, *81*(3), 233–236. **DOI: 10.1097/PSY.0000000000000682**

Miceli, J., Geller, D., Tsung, A., Hecht, C.L., … Steel, J. (2019). Illness Perceptions and Perceived Stress in Patients with Advanced Gastrointestinal Cancer. *Psycho-Oncology*, *28*(7), 1513–1519. **DOI: 10.1002/pon.5108**

Mirski, A. (2021). Psychologiczne aspekty reakcji w sytuacjach stresowych. W: M. Majczyna (red.), *Rozświetlenia. Wyzwania psychologiczne w czasie przełomu*. Cz. 1: *Stres i jakość życia* (s. 49–80). Kraków: Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego.

Miśkowiec, D., Kwarta, P., Witusik, A., Pietras, T. (2013). Type A Behaviour as a Predictor of Ischemic Heart Disease – Is It Still a Current Problem? *Advances in Psychiatry and Neurology*, *22*(2), 127–134.

Mohammadi, N., Aghayousefi, A., Nikrahan, G.R., King, F.I., … Huffman, J.C. (2020). The Impact of an Optimism Training Intervention on Biological Measures Associated with Cardiovascular Health: Data from a Randomized Controlled Trial. *Psychosomatic Medicine*, *82*(7), 634–640. **DOI: 10.1097/PSY.0000000000000834**

Mojs, E. (2010). Choroby skóry w ujęciu psychosomatycznym. *Nowiny Lekarskie*, *79*(6), 483–486.

Monastyrska, E.M., Beck, O. (2014). Psychologiczne aspekty chorób kardiologicznych. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, *20*(2), 141–144.

Mykletun, A., Jacka, F., Williams, L., Pasco, J., … Berk, M. (2010). Prevalence of Mood and Anxiety Disorder in Self-Reported Irritable Bowel Syndrome (IBS). An Epidemiological Population Based Study of Women. *BMC Gastroenterology*, *10*. **DOI: 10.1186/1471-230X-10-88**

O'Sullivan, S. (2017). *Wszystko jest w twojej głowie. Opowieści o chorobach psychosomatycznych*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Ohlsson, B. (2022). Extraintestinal Manifestations in Irritable Bowel Syndrome: A Systematic Review. *Therapeutic Advances in Gastroenterology*, *15*. **DOI: 10.1177/17562848221114558**

Otlewska, A. (2018). Współistnienie chorób somatycznych i psychicznych. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, *24*(1), 54–58. **DOI: 10.26444/monz/86587**

Øyri, S.F., Műzes, G., Sipos, F. (2015). Dysbiotic Gut Microbiome: A Key Element of Crohn's Disease. *Comparative Immunology, Microbiology and Infectious Diseases*, *43*, 36–49. **DOI: 10.1016/j.cimid.2015.10.005**

Öhman, L., Simrén, M. (2013). Intestinal Microbiota and Its Role in Irritable Bowel Syndrome (IBS). *Current Gastroenterology Reports*, *15*. **DOI: 10.1007/s11894-013-0323-7**

Park, C.L. (2007). Religiousness/Spirituality and Health: A Meaning Systems Perspective. *Journal of Behavioral Medicine*, *30*, 319–328. **DOI: 10.1007/s10865-007-9111-x**

Pasikowski, T. (2000). *Stres i zdrowie*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.

Pietrzak, A., Janowski, K., Lechowska-Mazur, I., Krasowska, D. (2006). Łuszczyca jako przewlekła choroba skóry w kontekście psychologicznym. *Nowa Medycyna*, (1), 14–19.

Porcelli, P., Rafanelli, C. (2010). Criteria for Psychosomatic Research (DCPR) in the Medical Setting. *Current Psychiatry Reports*, *12*, 246–254. **DOI: 10.1007/s11920-010-0104-z**

Powell, N., Walker, M.M., Talley, N.J. (2017). The Mucosal Immune System: Master Regulator of Bidirectional Gut-Brain Communications. *Nature Review Gastroenterology & Hepatology*, *14*(3), 143–159. **DOI: 10.1038/nrgastro.2016.191**

Qin, H.-Y., Cheng, C.-W., Tang, X.-D., Bian, Z.-X. (2014). Impact of Psychological Stress on Irritable Bowel Syndrome. *World Journal of Gastroenterology*, *20*(39), 14126–14131. **DOI: 10.3748/wjg.v20.i39.14126**

Rachubińska, K., Cybulska, A., Król, D., Grochans, E. (2021). Disease Acceptance, Adherence to Recommendations and Level of Stress among Hemodialyzed Patients. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej*, *6*(2), 27–39. **DOI: 10.19251/pwod/2021.2(3)**

Rafanelli, C., Gostoli, S., Buzzichelli, S., Guidi, J., … Fava, G.A. (2020). Sequential Combination of Cognitive-Behavioral Treatment and Well-Being Therapy in Depressed Patients with Acute Coronary Syndromes: A Randomized Controlled Trial (TREATED-ACS Study). *Psychotherapy and Psychosomatics*, *89*(6), 345–356. **DOI: 10.1159/000510006**

Rampton, D.S., Shanahan, F. (2018). *Nieswoiste choroby zapalne jelit. Kompendium*. Warszawa: Wydawnictwo DK Media Poland.

Razmus, W., Mielniczuk, E. (2018). Błąd wspólnej metody w badaniach kwestionariuszowych. *Polskie Forum Psychologiczne*, *23*(2), 277–290. **DOI: 10.14656/PFP20180204**

Robbins, J.M., Kirmayer, L.J., Hemami, S.M. (1997). Latent Variable Models of Functional Somatic Distress. *Journal of Nervous & Mental Disease*, *185*(10), 606–615.

Rowicka, G., Czajka, M. (2011). Znaczenie diety w profilaktyce i leczeniu choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy. *Medycyna Rodzinna*, (1), 15–18.

Rydzewska, G.M., Głuszek-Osuch, M., Kawalec, P., Holko, P. (2016). *Raport epidemiologiczno-społeczny. Nieswoiste zapalne choroby jelit – przeciwnik rosnący w siłę*. Pobrane z: https://ippez.pl/wp-content/uploads/2019/03/Nieswoiste-zapalne-choroby-jelit-raport.pdf

Saito, S. (2009). Functional Somatic Syndrome: From the Viewpoint of Narrative-Based Medicine. *Rihon Rinsho*, *67*(9), 1689–1694.

Salem, A.E., Singh, R., Ayoub, Y.K., Khairy, A.M., Mullin, G.E. (2018). The Gut Microbiome and Irritable Bowel Syndrome: State of Art Review. *Arab Journal of Gastroenterology*, *19*(3), 136–141. **DOI: 10.1016/j.ajg.2018.02.008**

Sapolsky, R.M. (2011). *Dlaczego zebry nie mają wrzodów. Psychofizjologia stresu*. Warszawa: PWN.

Schier, K. (2005). *Bez tchu i bez słowa. Więź psychiczna i regulacja emocji u osób chorych na astmę oskrzelową*. Gdańsk: GWP.

Sobolewski, A., Strelau, J., Zawadzki, B. (1999). Kwestionariusz Zmian Życiowych (KZŻ). Polska adaptacja kwestionariusza „Recent Life Changes Questionnaire" (RLCQ) R.H. Rahe'a. *Przegląd Psychologiczny*, *42*(3), 27–49.

Torres, J., Mehandru, S., Colombel, J.-F., Peyrin-Biroulet, L. (2017). Crohn's Disease. *The Lancet*, *389*(10080), 1741–1755. **DOI: 10.1016/S0140-6736(16)31711-1**

Tylka, J. (2000). *Psychosomatyka*. Warszawa: Wydawnictwo UKSW.

Wehkamp, J., Götz, M., Herrlinger, K., Steurer, W., Stange, E.F. (2016). Inflammatory Bowel Disease. *Deutsches Ärzteblatt International*, *113*(5), 72–82. **DOI: 10.3238/arztebl.2016.0072**

Whittaker, A.C., Ginty, A., Hughes, B.M., Steptoe, A., Lovallo, W.R. (2021). Cardiovascular Stress Reactivity and Health: Recent Questions and Future Directions. *Psychosomatic Medicine*, *83*(7), 756–766. **DOI: 10.1097/PSY.0000000000000973**

Włodarczyk, D., Wrześniewski, K. (2010). Kwestionariusz Oceny Stresu (KOS). *Przegląd Psychologiczny*, (4), 479–496.

Wojtuń, S., Gil, J., Szwed, Ł., Dyrla, P. (2014). Podstawowe objawy i różnicowanie nieswoistych chorób zapalnych jelit. *Pediatria i Medycyna Rodzinna*, *10*(1), 61–66.

Woźniewicz, A. (2018). Sposoby klasyfikowania zaburzeń psychosomatycznych. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, *18*(3), 283–289. **DOI: 10.15557/PiPK.2018.0035**

Yu, B., Steptoe, A., Chen, L.-J., Chen, Y.-H., … Ku, P.-W. (2020). Social Isolation, Loneliness, and All-Cause Mortality in Patients with Cardiovascular Disease: A 10-Year Follow-up Study. *Psychosomatic Medicine*, *82*(2), 208–214. **DOI: 10.1097/PSY.0000000000000777**

Zardzewiały, W., Bernacki, R., Bernacki, P., Zaremskyi, O., … Wąsiewicz, E. (2023). Rola mikrobioty jelitowej w zrozumieniu czynnościowych zaburzeń przewodu pokarmowego. *Journal of Education, Health and Sport*, *30*(1), 96–105. **DOI: 10.12775/JEHS.2023.30.01.009**

Zwolińska-Wcisło, M. (2017). Przychodzi pacjent do lekarza z… zespołem jelita nadwrażliwego. *Lekarz POZ*, *3*(3), 175–177.

ABSTRACT

It has been noticed that more and more people struggle with chronic psychosomatic diseases from the gastrointestinal system, such as irritable bowel syndrome (IBS) and Crohn's disease (CD). Chronic psychosomatic diseases of the gastrointestinal system are characterized by a long duration of symptoms, abdominal pain, lengthy diagnostic process, a lot of medical tests, an ambiguous etiology. Patients need support in coping with their ailments and their consequences. The study included 101 respondents; the majority of respondents were women (79.2%). The project addressed the following questions: What are the psychosomatic characteristics of subjects with IBS and CD? What are the differences in the severity of cognitive evaluation of the disease situation due to the presence of psychosomatic syndromes? What is the relationship between the number of psychosomatic syndromes and disease evaluation? The study was conducted mainly using the snowball method. The research had a two-stage: a semi-structured interview (DCPR-S-SSI) and a paper-and-pencil questionnaire (KOS version B). Data suggests that: group of respondents had characteristic psychosomatic syndromes, i.e. allostatic overload, type A behavior pattern, demoralization, irritable state; there are statistically significant differences in the assessment of disease significance due to the presence of psychosomatic syndromes and their number in sufferers; the more psychosomatic syndromes are present in patients with IBS and CD, the greater the intensity of disease significance as harm/loss and threat. Identified assessments of the meaning of illness in conjunction with psychosomatic syndromes are a challenge for psychological support.

Keywords: psychosomatic syndromes; psychosomatic diseases from the gastrointestinal system; assessment of disease significance; DCPR-R-SSI; psychological support