

Dorota Kubacka-Jasiecka, em.

Uniwersytet Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie, Wydział Psychologii, Pedagogiki i Nauk Humanistycznych

Psychosomatyka – powrót do znaczenia traumatycznego dzieciństwa

Psychosomatics – return to the significance of childhood trauma

STRESZCZENIE

Opracowanie powraca do problematyki klasycznej koncepcji psychosomatyki – wpływu i znaczenia traumy dzieciństwa jako istotnego czynnika ryzyka psychosomatycznego. Współczesne tak zwane podejście psychosomatyczne, akcentujące holistyczne uwarunkowania chorób – biologiczne i psychospołeczne – traktuje właściwie wszystkie schorzenia jako psychosomatyczne. Pomijanie znaczenia krzywdzącego dzieciństwa przy koncentrowaniu się na aktualnej sytuacji stresu, zasobach oraz strategiach zmagania się i nie uwzględnia wyróżniania chorób tradycyjnie uważanych za psychosomatyczne, odrębne od pozostałych. Równocześnie niektóre aktualne koncepcje wiążące współczesną psychosomatykę z tendencjami aleksytymicznymi i wzorami zachowania (A, C, D oraz agresjo-lękiem – A+C) jako utrwaloną spuścizną obronno-adaptacyjnych strategii traumatycznego dzieciństwa pozwalają na uznanie ich dynamiki jako wyróżnika psychosomatyczności. Proponowany, autorski schemat przedstawia ciągłość zachowań somatyzacyjnych z dzieciństwa oraz rozwoju schorzeń psychosomatycznych u dorosłych. Leżące u jego podstaw strategie adaptacyjno-obronne z dzieciństwa, modyfikowane w dorosłości, determinują również zachowania wobec choroby.

Słowa kluczowe: trauma dziecięca, psychosomatyka, aleksytmia, dysocjacje obronne, wzory zachowania

ABSTRACT

The study returns to the classic approach towards psychosomatic medicine, considering the impact and significance of childhood trauma as a crucial risk factor for psychosomatic disorders. In the current psychosomatic approach, which accentuates the holistic nature of health determinants – i.e. combining biological and psychosocial conditioning – nearly all diseases are perceived as psychosomatic. When the factor of traumatic childhood is ignored in the analysis of a given stressful situation along with the person's resources and coping strategies, the disorders that have been traditionally considered as psychosomatic are not distinguished as separate conditions. Simultaneously,

Adres do korespondencji / Adress for correspondence: m.jasiecki@wp.pl

ORCID: Dorota Kubacka-Jasiecka  <https://orcid.org/0000-0002-8017-032X>

Licencja/License: CC BY 4.0 

some current concepts link modern psychosomatics to alexithymic traits and behaviour patterns (personalities type A, C, D, or A+C – anxiety plus aggression) and view these as a consolidated legacy of protective and adaptive strategies originating in childhood trauma. In this modality, their dynamics may be understood as a determinant of psychosomatic conditions. The paradigm presented by the author in this paper shows the continuity of childhood somatoform behaviour and the development of psychosomatic disorders in adults. The underlying adaptive and protective strategies, formed in childhood and modified in adulthood, are also determinants of the person's attitude towards illness.

Keywords: childhood trauma, psychosomatics, alexithymia, dissociative defence mechanisms, personality types

*(...) mnóstwo dorosłych nosi niewidzialne blizny po ranach
zadanych im w najwcześniejszym dzieciństwie,
a ich odbiór rzeczywistości i skojarzenia są już na zaw sze wypaczone.*

Robert Galbraith

WPROWADZENIE

Inspiracją opracowania – powrotu raz jeszcze do problematyki znaczenia traumatycznych doświadczeń dzieciństwa, jako istotnego czynnika ryzyka psychosomatycznego, stało się współczesne spojrzenie na etiologię schorzeń psychosomatycznych, z założenia wzbogacające ujęcia dotychczasowe, lecz równocześnie zacierające ich specyficzny charakter. Celem opracowania stało się wskazanie, że podejmowane przez dzieci krzywdzone w rodzinie wysiłki obrony i adaptacji, stają się z czasem źródłem dysfunkcjonalnego funkcjonowania psychospołecznego, w dorosłości i stanowią podłoże (przy określonych zadatkach genetyczno-konstytucjonalnych) rozwoju rozmaitych schorzeń psychosomatycznych. Jest to ważne, tym bardziej że tzw. podejście psychosomatyczne, często nie uwzględnia w dostatecznym stopniu spuścizny krzywdzącego dzieciństwa.

PSYCHOSOMATYKA – OD KLASYKI DO WSPÓŁCZESNOŚCI

Klasyczna koncepcja psychosomatyki powstała w ramach psychoanalitycznej psychologii dynamicznej uznającej ściśle, strukturalne i funkcjonalne powiązanie psychiki oraz ciała, znajdujące odbicie w mechanizmach etiologicznych

poszczególnych chorób, zwanych psychosomatycznymi. Schorzenie psychosomatyczne (ang. *psychosomatic disorder*), leżące na pograniczu psychologii i medycyny, jest chorobą ciała (somy), na którą wpływa stan psychiki lub która – w skrajnych wypadkach – została wywołana stanem psychicznym osoby o określonych predyspozycjach konstytucjonalnych (Aleksander 1952; English, Weiss, 1949; Rosenhan, Seligman, 1994).

Wyrażanie poprzez ciało stanu psychiki oraz jego formy zależą od indywidualnej konstytucji oraz ukształtowanych skutkiem traumatycznych doświadczeń obronno-adaptacyjnych mechanizmów: wzorów pozabezpieczonego przywiązania, tendencji aleksytymicznych oraz innych obronnych formacji i zachowań przetrwałych do dorosłości. Patologiczne zmiany funkcjonowania aktywizują się pod wpływem silnego stresu, zwłaszcza o charakterze lękowym (Korzeniowski, Pużyński, 1986).

Sięgając do początków psychosomatyki połowy lat 90. XIX wieku – to jest pionierskich rozważań Pierre'a Janeta w Paryżu i Zygmunta Freuda w Wiedniu nad etiologią symptomów konwersyjnych – Judith Herman (1998, s. 22) przypomina: „(...) histeria jest skutkiem urazu psychicznego; spowodowanego traumatycznymi wydarzeniami, a reakcje emocjonalne, z którymi pacjentka nie potrafi sobie poradzić, wywołują u niej zmieniony stan świadomości, dający

początek histerycznym symptomom”. Według tej koncepcji objawy somatyczne były wyrazem maskowanych i całkowicie wypartych urazowych przeżyć z dziecięcej przeszłości, dotyczących wykorzystania seksualnego, gwałtu czy kazirodztwa. Zjawiska konwersji histerycznej wyjaśniano transformacją wypartych treści popędowych libido w objawy cielesne o znaczeniu symbolicznym, również obronnym – rozładowania napięcia¹.

W kręgu myśli psychoanalitycznej pozostają współczesne rozważania i koncepcje Johna Krystala (1997) i Otto Kernberga (1976) – kontynuujących psychodynamiczny nurt relacji z obiektem. Również teoria Johna Bowlby’ego (2007), twórca psychologii więzi, M.D.S. Ainsworth (1982) oraz reprezentujące podejście neopschoanalityczne koncepcje Karen Horney (1976; 2000) czy Alice Miller (1991; 2006) upatrywały przyczyn patologii dorosłych w traumatycznych doświadczeniach bardzo wczesnego – włącznie z niemowlęcym – okresu życia. Rozważania Krystala podkreślają znaczenie wczesnego urazu hamującego rozwój emocjonalny, co skutkuje deficytami różnicowania emocji, ich poznawczego opracowania i werbalizowania, utrudniającymi normatywne procesy desomatyzacji, oraz niezdolnością oddzielenia sfery psychicznej i somatycznej prowadzącą do reagowania somatyzacją na silne pobudzenie i napięcie. Towarzyszące tym procesom rozszczepienie psychiki i ciała decyduje o słabości ciała oraz narastaniu podatności na choroby (Winnicott, 1971; 1993). Gdy matka nie potrafi chronić swojego dziecka (i podążać za jego potrzebami), dziecko, broniąc się przed lękiem zmagają się z napięciem emocjonalnym poprzez somatyzację stanów psychicznych (por. Schier, 2005).

Przedwczesne rozerwanie iluzji symbiotycznej więzi z matką prowadzi do wytworzenia się dwuwartościowej reprezentacji matki (dobra i zła zarazem). Przekonanie o niekontrolowalności

matki (czyli tak zwanego obiektu) powoduje, że jej reprezentacja pamięciowa nie może służyć jako „życzliwy wdruk” – pozostaje niezasymlowanym, obcym obiektem wewnętrznym: „(...) budzi bowiem lęk zarówno przed możliwością zniszczenia go, jak i przed atakiem z jego strony” (Drat-Ruszczak, 1995, s. 129). Obraz Ja również pozostaje dwuwartościowy, rozszczepiony, wtórnie pozbawiony funkcji samoochrony. Wczesnodziecięce konflikty „wokół postaci matki” wraz z tłumieniem i wypieraniem agresji wobec frustrującej matki oraz zahamowaniem desomatyzacji tworzą podwaliny procesów psychosomatycznych (por. Cierpiałkowska, 2007).

Napływ nowych danych i faktów naukowych (rozwoju psychologii stresu, zdrowia, neuronauki i psychoneuroimmunologii) oraz współczesne przemiany kulturowo-społeczne spowodowały holistyczne i systemowe spojrzenie na funkcjonowanie ludzi. W aktualnym piśmiennictwie dotyczącym schorzeń somatycznych stosunkowo rzadko spotykamy – z wyjątkiem wąskiego kręgu prac psychodynamicznych – koncepcje jednoznacznie łączące psychosomatykę z traumą dzieciństwa i problematyką adaptacyjnych dysfunkcji Ja cielesnego. Również liczne badania psychologiczne chorych psychosomatycznie uwzględniające indywidualne uwarunkowania konstytucjonalne i psychospołeczne poszczególnych schorzeń rzadko nawiązują do spuścizny traumy dzieciństwa. Przyczyn tego stanu rzeczy doszukiwałabym się w stosunkowo powierzchownym podejściu zwolenników i propagatorów współczesnego tak zwanego podejścia psychosomatycznego do złożonych mechanizmów i dynamiki sieci dysregulacji emocjonalnej, w której zostają uwiecznieni dorośli chorujący psychosomatycznie.

Wyrażając aktualne stanowisko medycyny, Bohdan Wasilewski (2020, s. 27) pisze: „Każde schorzenie o dominujących objawach somatycznych ma swoją składową psychiczną i odwrotnie”. Nowoczesna medycyna psychosomatyczna uwzględnia holistyczny, integrujący wpływ czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych na etiologię wszystkich chorób, traktowanych jako choroby polietiologiczne; niektóre z czynników etiologicznych dominują w obrazie danego schorzenia, pozostałe zaś odgrywają rolę

¹ Poglądy te zostały odwołane przez Freuda na rzecz tak zwanej drugiej teorii konwersji, zgodnie z którą wspomnienia kazirodczego wykorzystania seksualnego są tworem chorobliwych wyobrażeń, fantazji (tak zwana inflacja wyobraźni) okresu edypanego, rzekomych, a nie realnych wspomnień z przeszłości.

wspierającą rozwój choroby (Lipowski, 1987 za: Wrześniewski, 2005).

Aktualnie zmienia się obraz wielu schorzeń, które z epizodycznych stały się przewlekłe (postęp medycyny, wydłużanie się czasu życia oraz kulturowe negatywne postawy wobec starości), tym samym nabrały „charakteru psychosomatycznego” (Wasilewski, 2020).

Współczesna medycyna, rozumiana holistycznie, otwiera nowe horyzonty dociekań i staje się antidotum wobec „medycyny pigułek i aparatów”. Tak zwane podejście psychosomatyczne jest traktowane jako „powszechnie uznany standard w medycynie akademickiej” (Wasilewski, Szewczyk, 2006, s. 9) i „na tym etapie rozwoju cywilizacyjnego stanie się rzeczywistością” – uważa Wasilewski (2020, s. 25). Jan Łazowski, który przeanalizował podręczniki medyczne, zauważył, że w kwestii podejścia do schorzeń psychosomatycznych nastąpiło pewne przesunięcie akcentów. Zwrócono uwagę na czynniki psychiczne powiązane z obciążeniem stresowym – wydarzenia krytyczne, odporność i posiadane sposoby zmagania się oraz właściwości osobowe mogące stanowić ryzyko choroby – wraz z psychosomatycznymi konsekwencjami krzywdzenia w dzieciństwie.

Podejście psychosomatyczne, stanowiące w pewnym sensie kontynuację tradycyjnego spojrzenia na zagadnienia psychosomatyki, nadaje mu jednakże – w przekonaniu Łazowskiego (1996; 2010) – odrębne znaczenie. Obecne podejście psychosomatyczne stara się zachować spojrzenie systemowe i chociaż odżegnuje się od klasycznej psychosomatyki uprawianej w ramach psychologii dynamicznej, to jednak równocześnie pozostaje przez nią naznaczone.

Zrównanie właściwie wszystkich schorzeń somatycznych pod względem udziału w nich czynnika psychicznego i koncentracja na stanie aktualnym odebrały znaczenie traumie wczesnodziecięcej jako podłożu chorób psychosomatycznych. Jeżeli wszystkie choroby są w pewnym sensie psychosomatyczne, to umyka specyfika klasycznie rozumianych schorzeń psychosomatycznych, akcentujących zasadniczą rolę chronicznego napięcia emocjonalnego i lęku towarzyszącego dziecku od urodzenia oraz sprzyjającemu rozwojowi predyspozycji do reakcji

somatyzacyjnych, W niniejszym opracowaniu ideę za tradycją i jako wyróżnik chorób psychosomatycznych w dorosłości proponuję uznać spuściznę traumatycznego pokrzywdzenia w dzieciństwie.

Dopiero w ostatnim czasie piśmiennictwo dotyczące dziecięcych symptomów somatyzacyjnych zaczęło zwracać uwagę na odległe w czasie poważne konsekwencje zaburzeń potraumatycznych, również tak zwanej „niewidzialnej”, „ukrytej” rodzinnej traumy dzieciństwa, jednakże jej kontekst psychosomatyczny najczęściej umyka uwadze badaczy.

Trauma dzieciństwa

Wystąpienie ekstremalnego stresu będącego skutkiem wydarzeń krytycznych znamionuje nadmierne pobudzenie fizjologiczno-emocjonalne stanowiące – wraz z innymi reakcjami – o rozwijaniu się zespołu symptomów traumatycznych, zwanego **zespołem stresu pourazowego** – kategorii nozologiczne ASD i PTSD (por. Rosenhan, Seligman, 1994; Dudek, 2003; Briere, 2004).

Trauma dotycząca dzieci może być reakcją na jednorazowe tragiczne wydarzenia (na przykład nieszczęśliwe wypadki, okaleczenia, śmierć bliskich); występują wówczas typowe zespoły stresu pourazowego, analogiczne do traumy dorosłych. O wiele poważniejsza w swoich odległych konsekwencjach jest trauma chroniczna, będąca rezultatem wychowania w dysfunkcyjnej atmosferze rodzinnej; negatywne zjawiska towarzyszyły dziecku nierzadko od urodzenia, tworząc nieustający łańcuch wydarzeń stresowych wywołujących stały, nasilony lęk (strach), dewastujący osobowość dzieci (por. Iwaniec, Sneddon, 2002; van der Kolk, 2003 i wielu innych). Ze względu na wielkość cierpienia bezradnego małego dziecka Judith Herman (1995; 1998) zaproponowała nazwę **chronicznego, złożonego zespołu stresu pourazowego**, określonego później jako DESNOS (*Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified*, por. Luxenberg, Spinazzola, van der Kolk, 2001; Widera-Wysoczańska, Kuczyńska, 2011).

Trauma przemocy domowej wobec dziecka – tak zwana relacyjna, chroniczna – prowadzi po dłuższym okresie do rozwoju głównych kategorii objawów złożonego zespołu pourazowego: nadmiernego pobudzenia, czujności

i intruzji, zawężenia życia do podporządkowania się sprawcy oraz koncentracji wokół unikania przemocy (Herman, 1998).

Klasyfikacja DSM-5 (2016) wymienia jako odrębną formę zaburzeń pourazowych reaktywne zaburzenia więzi z następującymi kryteriami:

- A – utrwalony wzorzec powściągliwych i wycofanych zachowań dziecka wobec dorosłych opiekunów (odrzuca pomoc rodziców i nie szuka pocieszenia);
- B – przewlekłe zakłócenia emocjonalne i społeczne (ograniczenie pozytywnych reakcji emocjonalnych, nieuzasadnione drażliwość oraz smutek i lęk w interakcjach z opiekunami, obojętność na inne osoby);
- C – dysfunkcyjna opieka rodzicielska (zaniedbywanie, brak bezpieczeństwa oraz serdecznych kontaktów i miłości) co skutkuje tak zwanym pozabezpiecznym przywiązaniem; rozwija się w pierwszych miesiącach życia dziecka, jest wyraźnie widoczna przed piątym rokiem życia, a skutki tego zjawiska obejmują późniejsze lata i utrzymują się w dorosłości.

Stosunkowo znacząca dla rozwoju i utrwalania pozabezpiecznego przywiązania pozostaje przemoc chroniczna, „skryta”, „niewidzialna”, słabo zauważana nawet przez bliskie otoczenie. Jej obserwowane epizody bywają bagatelizowane i usprawiedliwane jako przypadkowe incydenty.

Oprócz klasycznej przemocy fizycznej (bicie i maltretowanie dziecka oraz innych członków rodziny, czego dziecko było wielokrotnie świadkiem) wyróżnia się następujące formy psychicznej przemocy rodzinnej:

- zaniedbywanie i lekceważenie potrzeb dziecka;
- niedostatek miłości, odrzucenie emocjonalne, krytyczne, negatywne postawy wobec dziecka;
- zniewolenie – podporządkowanie i poddawanie stałej presji prowadzące do współuzależnienia;

David Krueger (2000) przedstawia nieco odmienne warianty krzywdzenia psychicznego dziecka w rodzinie:

- niedostępność empatyczną rodzica, pozbawiającą dziecko stabilnego poczucia Ja i jego granic, skutkująca czujnością, nasilaniem

doświadczenia Ja cielesnego i samoświadomości przez podejmowane destruktywne działania;

- brak konsekwencji, chaotyczność, zmienność postaw i zachowań rodziców oraz ignorowanie dziecka; w rezultacie doznania dziecka organizowane są głównie na poziomie somatycznym wokół bólu i choroby i kształtują z czasem predyspozycje do schorzeń psychosomatycznych;
- intruzywność i nadmierna stymulacja ze strony opiekunów; pozostawanie w presyjnej, uzależniającej fuzji z dzieckiem przez kolejne lata hamuje z czasem samodzielność, procesy autonomizacji i indywiduacji; poczucie Ja i własnego ciała pozostają niedojrzałe, zniewolone, aseksualne i „bezwartościowe”;
- nadopiekuńcze więzy, stałe oczekiwanie otoczenia na odnoszenie przez dziecko sukcesów, spełnianie wygórowanych ambicji i oczekiwań rodziców, co wystawia dziecko na pokusy i wstyd; sprzyja rozwijaniu się pozornej – tzw. pustej – tożsamości (Melody, 1989; Miller, 2006).

Trwający od pierwszych miesięcy życia stan niewypowiedzianego przerażenia, wszechogarniającego poczucia osamotnienia i bezradności spełnia definicyjne kryteria urazu – traumy. Olga Sakson-Obada (2009, s. 63) pisze wprost: „(...) skutki takich doświadczeń jak długotrwała rozłąka dziecka z osobą sprawującą opiekę, zaniedbanie i krzywdzenie emocjonalne (...) są na tyle głębokie, że uzasadniają przyznanie im statusu urazu”, długoletnie ich doświadczenie pozwala mówić o tak zwanej traumie kumulacyjnej.

Na tragiczne w skutkach postępowanie rodziców, zwłaszcza matek, i dezorganizującą atmosferę domową w pozornie zwykłej, tak zwanej porządnej rodzinie, niezauważane przez otoczenie, tłumione i wypierane również przez samych rodziców-sprawców, jak i przez krzywdzone dzieci, zwrócili uwagę, jako jedni z pierwszych: John Bowlby (2007) oraz psychoterapeutki same będące ofiarami toksycznej „miłości” rodzinnej, takie jak: Pia Melody (1989), Alice Miller (1991; 2006) czy Lindsay Gibson (2018) – oraz wielu innych badaczy traumy dziecięcej.

W psychice i zachowaniu dziecka wychowywanego w chronicznie dysfunkcyjnym

systemie rodzinnym z wszechobecnym lękiem zachodzą głębokie, poważne i trwałe przemiany:

- W regulacji fizjologicznej i emocjonalnej, przejawiające się: a) nieadekwatnym wzburzeniem, impulsywnością, czujnością, hiperaktywnością, niekontrolowanymi wybuchami złości i gniewu (zmiany mikromorfologii komórek systemu nerwowego i poziomu wydzielania neuroprzebieżników), b) zachowaniami kompulsywnymi, zautomatyzowanymi, c) zawężeniem samoświadomości aż do odrętwienia emocjonalnego – tak zwana śmierć psychologiczna; te przerażające odczucia stają się z czasem wtórnym źródłem lęku i niepokoju i zwiększają ich natężenie.
- W zaburzeniach uwagi i stanów świadomości obejmujących: a) zmienione stany samoświadomości, b) stany derealizacji i depersonalizacji, c) dysocjacje obronne, skutkujące utratą integracji między myśleniem a uczuciami, działaniem i poczuciem tożsamości, d) amnezje, zaprzeczanie i wypieranie, e) zachowania agresywne, często autodestruktywne. Zaburzenia te utrudniają, wręcz uniemożliwiają uświadomienie sobie i zwerbalizowanie doznawanych emocji i przeżyć. Występujące deficyty w poznawczym opracowaniu doznań emocjonalnych „raczej nie są efektem istnienia intrapsychoicznego konfliktu, ale są wynikiem nieprawidłowych wzorów relacji między rodzicami a dziećmi” – uważają Taylor, Bagby i Parker (1991).
- **W somatyzacjach i zaburzeniach psychosomatycznych oraz podatności na choroby** u podstaw których leży zablokowanie rozwojowo naturalnego procesu desomatyzacji, jak również różnicowania, mentalizacji oraz werbalizowania emocji; uniemożliwia to komunikowanie swoich potrzeb i uczuć przez dziecko. Narzędziem porozumiewania się z bliskimi i wyrażania swoich uczuć stają się somatyzacje, objawy choroby, a także inne dysfunkcyjne zachowania. Ciało reaguje chorobą na długotrwałe lekceważenie jego funkcji życiowych (Miller 2006).

Świat krzywdzonych dzieci

Toksyczne zniewolenie i współzależnienie

Traumatyczne doświadczenia dysfunkcyjnego wychowania dziecka – przemoc, zaniedbywanie i odrzucenie emocjonalne czy rygor i presja nadopiekuńczości jawią się, zarówno w badaniach, jak i w doniesieniach psychoterapeutów, jako skutkujące zniewoleniem i uprzedmiotowieniem dziecka. Stanowią poważne ryzyko głębokich emocjonalnych, poznawczych, behawioralnych i społecznych dysfunkcji oraz problemów dotyczących zdrowia fizycznego i psychicznego (Goodyear-Brown, 2012). Doświadczenia te prowadzą z czasem do stabilizowania się niefunkcjonalnego, sztywnego, a równocześnie chwiejnego stanu równowagi – występowania nadgeneralizacji oraz fałszywych, zagrażających interpretacji większości wydarzeń (por. *ibidem*; Gaskill, Perry, 2012; Sikorska, 2012).

Niszczący dziecko wpływ atmosfery rodzinnej polega z jednej strony na trwaniu w wypaczonych relacjach z rodzicami (opiekunami), naznaczonymi zmiennością nieprzewidywalnych, sprzecznych wymagań i żądań. Z drugiej strony obserwujemy destruktywny wychowawczy wpływ rodzin tzw. nadopiekuńczych na dziecko o pozycji „uprzywilejowanej”, poddanej presji oczekiwań posłuszeństwa i sukcesów. Należy więc podkreślić znaczenie empatycznej matki i dostosowanego do potrzeb dziecka kontaktu od pierwszych dni życia (budowania bezpiecznej więzi). Jego niedostatek oraz wzajemne niedopasowanie wywołują konflikt „wokół postaci matki”, skutkujący zaburzeniami doświadczania własnego ciała, jego integralności i poczucia autonomii, ponieważ „(...) ciało zostało zranione, zhańbione” – uważa J. Herman (1998, s. 61).

Obraz ciała w ujęciu Schier (2010, s. 9) powstaje w efekcie złożonego procesu: „(...) doświadczania siebie w sposób cielesny, zjawisko, które umieszczam na pograniczu świata wewnętrznego danej osoby i jej relacji z innymi ludźmi”. Nieprawidłowe relacje z bliskimi hamują rozwój Ja. Wykształca się struktura nazywana przez Kruegera (2000) „fałszywym Ja cielesnym”, będącym konstelacją obronną; Ja cielesne (ang. *embodied self*) pełni funkcje obronne również wobec „uwewnętrzonego obiektu” – matki.

W efekcie zarówno przeżywanie własnego Ja cielesnego, jak i jego rzeczywiste potrzeby zanikają – dana osoba „ma ciało”, ale „nie jest swoim ciałem”, „nie czuje się w swoim ciele”. Przeżycia te współwystępują z brakiem poczucia przynależności ciała do Ja, trudnością odczuwania granicy ciała, niestabilnością, a nawet poczuciem opętania, owładnięcia przez obce siły. Te doznania cielesne przynoszą przerażający chaos określany przez Donalda Woodsa Winnicotta (2011) „łękiem przed rozpadem własnego istnienia”. Procesy te powodują uprzedmiotowienie ciała, stającego się narzędziem redukcji napięcia i lęku, wywierania wpływu na bliskich (głównie matkę) poprzez somatyzacje (konwersje), skargi i objawy somatyczne.

W tym miejscu odwołajmy się do znanych koncepcji podejmujących tematykę postaw rodzicielskich i atmosfery skutkującej krzywdzeniem dzieci. Teoria przywiązania Johna Bowlby'ego (2007) charakteryzuje wpływ wczesnych relacji matka–dziecko na kształtowanie więzi emocjonalnych. Kluczowe znaczenie ma brak „oddźwięku” matki na emocjonalne potrzeby dziecka – empatii, wzajemnego dostosowania się i dostrojenia, kształtujące pierwsze wzory relacji z otoczeniem. Schematy kognitywno-afektywne Ja i tak zwanych figur przywiązania mają charakter sensomotoryczny, pozaświadomy; nieprawidłowe więzi mogą wywoływać lęk, bezradność i depresyjne poczucie osamotnienia.

M.D.S. Ainsworth (1982) i inni kontynuatorzy myśli Bowlby'ego wyróżnili cztery różne wzorce przywiązania: jeden bezpieczny: ufny, i trzy tak zwane pozabezpieczne: unikający (wycofany), lękowo-ambivalentny i zdezorganizowany. U ich podstaw leżą wymiary: zależności, unikania oraz negatywnego wartościowania Ja i innych ludzi. Dysfunkcjonalne, negatywne doświadczenia naznaczają Ja dziecka, co znajduje swoją kontynuację w zaburzeniach zachowania i pozabezpiecznych wzorach przywiązania dorastających i dorosłych na całe życie (Ainsworth, Blechar, Wall, 1978).

Koncepcja Pii Mellody (1989) dotyczy dysfunkcjonalnej toksyczności w relacji między dzieckiem a rodzicami, co doprowadza do „choroby” współzależnienia dziecka. Te toksyczne relacje utrudniają i wypaczają dorastanie oraz

życie dorosłych krzywdzonych w dzieciństwie. Istotą współzależnienia jest wstyd – uczucie wzbudzone przez rodziców, samych pozbawionych wstydu i zaszczepiających go dziecku, co zmniejsza ich poczucie wartości na całe życie. Jako afekt pierwotny o podłożu biologicznym bywa bardzo wczesnie aktywowane przez zagrożenie zewnętrzne. Współwystępuje wraz z zahamowaniem, poczuciem winy, upokorzeniem i poczuciem niższości, będącymi przejawami tego samego mechanizmu (Czub, 2014).

Zdaniem Mellody osoby współzależnione charakteryzują się trudnościami w zakresie:

- odczuwania swojej wartości – pozostają uległe, zależne i zewnątrzsterowne;
- wytyczania funkcjonalnych, adekwatnych granic Ja (brak granic lub zbyt duży dystans, jak również ich naprzemiennosc);
- świadomości swoich marzeń i potrzeb, oraz ich zaspokajania;
- niedostatku doświadczenia i wyrażania swojej rzeczywistości w sposób umiarkowany (tak zwane czarno-białe myślenie) wraz z radykalizmem postępowania.

Dzieci współzależnione wkraczają w dorosłe życie z przekonaniem, że nadużycie i współzależnienie były czymś normalnym – bo to one same były winne wszystkiego, były „złe” a rodzice zawsze byli „w porządku”. Symptomy pierwotne współzależnienia niszczą człowieka wewnątrznie, a jego symptomy wtórne wpływają negatywnie na jego relacje z innymi ludźmi.

Koncepcja Lindsay Gibson (2018) upatruje przyczyn krzywdzącego zachowania rodziców w ich własnej niedojrzałości emocjonalnej, stającą się przyczyną tragedii ich dzieci. Autorka wymienia przy tym sześć oznak typowej rodzicielskiej niedojrzałości:

- egocentryzm, zainteresowanie wyłącznie sobą i swoimi potrzebami;
- niski poziom empatii;
- brak poszanowania granic zarówno innych ludzi, jak i swoich własnych;
- opieranie się na innych, a równocześnie wycofywanie z bliskości emocjonalnej;
- słaba umiejętność nawiązywania relacji z innymi i komunikowania się z otoczeniem;
- brak autorefleksji i rozumienia przyczyn swojego zachowania.

Zdaniem autorki koncepcji można spotkać cztery różne typy niedojrzałości emocjonalnej dorosłych, określane jako: emocjonalny (reaktywny, pobudliwy, impulsywny), zdeterminowany (egocentryczny, wycofany, o sztywnych wartościach i perfekjonistycznych oczekiwaniach), bierny (egocentryczny, nieempatyczny, ale życzliwy, przy tym nieopiekuńczy i niebroniący dziecka) oraz odtrącający (bez kontaktu z dzieckiem, wycofany, krytykujący i ignorujący dziecko). Dzieci wychowywane przez niedojrzałych rodziców mają więc znaczne trudności w codziennym funkcjonowaniu.

A. Joyce (2005, cyt. za: Schier, 2010, s. 96) uważa, że postawy rodzicielskie wobec własnych dzieci stanowią echo ich własnej traumatycznej przeszłości, z którą się nie uporali:

Niezdolni, aby odczuwać czy identyfikować się z bólem własnego dziecka, który tak bardzo rezonuje z ich własnym wypartym bólem i bezradnością z przeszłości, rodzice chronią sami siebie i wchodzą w nieświadomą identyfikację ze sprawcą pierwotnej traumy, narzucając podobne doświadczenie swemu dziecku.

Dzieci krzywdzone przez takich rodziców starają się w miarę swoich możliwości dopasować się do niedojrzałych, nierealistycznych, całkowicie dla nich niezrozumiałych żądań i oczekiwań rodzica. Naśladując ich zachowanie, same stają się osobami niedojrzałymi, nieprzystosowanymi dorosłymi.

Dzieci niedojrzałych rodziców mogą, zależnie od swoich predyspozycji temperamentalnych eksternalizować bądź internalizować swoje emocje oraz napotykać problemy. Eksternalizatorzy są impulsywni, przechodzą szybko do działania, obwiniają innych o swoje trudności, oczekują od nich ich rozwiązania i pomocy. Natomiast internalizatorzy są bardziej dojrzałi, jednakże wyolbrzymiają swoje problemy, są nadmiernie odpowiedzialni, zamartwiają się, sami poszukują rozwiązania problemów; empatyczni i życzliwi, o wszystko obwiniają samych siebie i pragną być lepszymi ludźmi.

Konflikt traumatyczny i jego konsekwencje

Alice Miller (1991; 2006) we wszystkich swoich pracach podkreśla znaczenie typowego dla skrzywdzonych dzieci **konfliktu traumatycznego** – dzieci stają na co dzień przed podstawowym pytaniem: Jak zachować swoją miłość do rodziców (matki) wobec stale odczuwanego napięcia i lęku, zadawanych przez nich (nią) nieustannie bólu i cierpienia? Jak zachować, podtrzymać dobre uczucia rodziców do siebie jako dziecka odczuwającego wobec nich gniew i złość, prowokowane ich krytycznymi uwagami bądź niezrozumiałym postępowaniem?

Naturalnymi reakcjami na brutalność bliskich i własne chroniczne cierpienie są zaprzeczanie, wykluczenie swoich uczuć ze świadomości, wymazywanie rzeczywistości ze wspomnień i pamięci. Wypieraniu, jak w dynamice traumy, towarzyszy równocześnie pragnienie odreagowania doznanej krzywdy, zwierzenia się i wykrzyczenia całemu światu swojej udręki. Jak pisze Herman (1998, s. 61): „Przerażenie, gniew i nienawiść doznane w chwili urazu żyją nadal w sprzecznościach dynamiki urazu”.

W celu rozwiązania traumatycznego konfliktu w patologicznym środowisku rodzinnym i przystosowania się do swego losu dziecko staje wobec konieczności wypracowania i stosowania szeregu niezwykłych (często patologicznych) umiejętności i adaptacyjno-obronnych zachowań (zazwyczaj wyraźnie niekorzystnych), pogłębiających jego trudności czy wręcz destrukcyjnych. Należą do nich takie mechanizmy obrony jak: zaprzeczanie, tłumienie i wypieranie bolesnych przeżyć, a przy konstytucjonalnej podatności tak zwane dysocjacje obronne; wywołują one poczucie obcości swojego ciała, niebycia naprawdę sobą, odłączanie wspomnień od uczuć, zapominanie przykrych wydarzeń oraz automatyczne reagowanie i działanie.

Ponadto mówi się o zacieraniu granicy między Ja a otoczeniem, występowaniu obronnych, nierealistycznych fantazji i marzeń zastępujących oraz kompensujących przykrą rzeczywistość (Gibson 2018; Giddens 2007). Obronno-adaptacyjne zachowania, przenoszone na wszystkie nowe, stresujące sytuacje i utrwalane, stają się z czasem stałymi wzorami zachowania w okresie dorastania i dorosłości. Obronne

dysocjacje z podstawowego dla krzywdzonego dziecka mechanizmu przystosowawczego przechodzą w zasadę organizacji osobowości dorosłych. Określają ją przedstawione powyżej niekorzystne przemiany dotyczące doświadczania swojego Ja cielesnego, obrazu własnej osoby i tożsamości oraz relacji społecznych.

Niskiemu poczuciu własnej wartości, obniżonej samoocenie oraz brakowi autonomii towarzyszą zaburzenia samoświadomości – rozwój tak zwanego pseudo-Ja, fałszywego, fasadowego, ukrywającego pod przybieranymi maskami prawdę swojego nieakceptowanego przez rodziców – zatem i przez samo dziecko – prawdziwego Ja. „Poświęcę się i będę postępować tak, aby mnie kochano i chwalono” – tak myślą, gdy unicestwiają własną prawdę, dzieci współzależnione, a w buntowniczej, eriksonowskiej wersji tożsamości przejętej i/lub negatywnej „w ten lub inny sposób zaczną na mnie zwracać uwagę” (Erikson 1963; Gibson 2018; Herman, 1998). Zaburzenia Ja w rzadkich wypadkach mogą przybierać skrajnie patologiczne formy: dwójmyślenia, trwałej depersonalizacji czy w ostateczności osobowości mnogiej.

Relacje z innymi osobami zostają naznaczone, niekiedy od narodzin, podstawowym konfliktem między pragnieniem bezpieczeństwa, miłości i akceptacji a stałym lękiem przed odrzuceniem, nieufnością do otoczenia oraz odczuwanym gniewem (złością). Z wiekiem pojawia się dążenie do izolowania i dystansowania się przeplatające się z postawami uległości i konformizmu. Horney (1976; 2000) upatrywała istotnej przyczyny zaburzeń u ofiar traumy dzieciństwa we wczesnych chwiejnych postawach i relacjach rodzinnych. Wraz z dorastaniem jedna z potencjalnych postaw wobec otoczenia: kierowanych ku ludziom, od ludzi lub przeciw nim jako konstytucjonalnie i subiektywnie preferowana stabilizuje się jako podstawowa dla danej osoby – z możliwością sytuacyjnego odwołania się do pozostałych. Natomiast u osób krzywdzonych obserwuje się daleko idące usztywnienie bądź stałą chwiejność i zmienność postaw społecznych. Osoby te mają trudności w nawiązaniu bliskich relacji – więzów przyjaźni i miłości.

ALEKSYTYMIA – DROGA DO PSYCHOSOMATYKI

Ogniwem pośredniczącym między cierpieniem krzywdzonego dziecka a podejmowanymi przez nie obronami i strategiami przystosowania się do życia naznaczonego lękiem i bólem zarówno fizycznym, jak i emocjonalnym stają się tendencje aleksytymiczne. **Syndrom aleksytymii**, określany za jego twórcami jako „brak słów dla emocji” (Nemiah, Sifneos, 1970) czy „biała zima”, występuje zazwyczaj właśnie w kontekście rozważań o psychosomatyce oraz uzależnieniach. Taylor, Bagby i Parker (1991, s. 163) uważają, że „(...) w przypadku aleksytymii mamy do czynienia z chronicznym przeżywaniem emocji negatywnych (...) oraz nieumiejętnością ich wyrażania i kontroli, co sprzyja rozwojowi chorób czy zaburzeń psychosomatycznych”.

Tendencje aleksytymiczne określają brak dostępu do własnych przeżyć w zakresie: a) wskaźników fizjologicznych emocji, b) wskaźników behawioralnych przeżywanych emocji, a zatem i c) odczuwania emocji. Deficyty te obejmują więc niezdolność do identyfikacji uczuć, nazywana ich – werbalizowania, różnicowania między emocjami a ich odczuciami cielesnymi (mogą je wręcz utożsamiać z ich komponentą fizjologiczną), modulowania uczuć, a także ubóstwo marzeń i fantazji.

Negatywne odczucia emocjonalne – wszechogarniające lęk i cierpienie przechowywane w ciele migdałowatym – nieujęte w słowa stają się trwałymi **skryptami życia emocjonalnego** wywierającymi wpływ na funkcjonowanie najpierw dziecka, a później dorosłego. Nieświadomość negatywnych doświadczeń wczesnego dzieciństwa wynika z ich zakodowania w formie wyobraźniowej w okresie rozwoju, gdy dziecko nie ma jeszcze możliwości posługiwania się kodem werbalnym. Baddeley (1993 za: Maruszewski, Ściagała 1998) nazywa to „amnezją wczesnodziecięcą”. W pewnym sensie można mówić o „ukrywaniu własnych uczuć” – czy nie zdają sobie z nich sprawy?

Rozwój tendencji aleksytymicznych stanowi konsekwencję zablokowania procesów rozwojowych w niemowlęctwie. Cechuje ich [aleksytymików – D.K.-J] duży chłód, komputerowa

racjonalność i uporządkowanie, brak zewnętrznych objawów emocji, pochłonięcie sprawami bieżącymi (...) bez potrzeby głębokiej refleksji nad sensem tego, co się robi” – charakteryzują Tomasz Maruszewski i Elżbieta Ścigała (1998, s. 8). Czasami głęboko ukryte pobudzenie, wobec braku możliwości jego ekspresji czy werbalizacji przejawia się nagłym wybuchem irracjonalnych, nieprzewidywalnych złości i lęku płynących z nieznannej i nieakceptowanej części swojego Ja, z narastającym w ich następstwie poczuciem winy. Aleksytymik „(...) nie potrafiąc wejść w głębokie związki uczuciowe, nie potrafi się też bez nich obejść – balansuje więc często na granicy, między uczuciem a brakiem uczucia” (*ibidem*, s. 138).

W syntetycznym ujęciu Maruszewskiego i Ścigały (*ibidem*) do wystąpienia aleksytymii, prowadzącej z czasem do rozwoju tendencji psychosomatyzacyjnych, konieczne jest współwystępowanie następujących zmiennych: a) niezharmonizowanej struktury charakteru, b) aktywacyjnej przewagi obszarów przedczołowych prawej półkuli, c) dysfunkcjonalnego czy destruktywnie oddziałującego środowiska wychowawczego. Niezharmonizowana struktura temperamentu w konfrontacji z niesprzyjającymi warunkami środowiskowymi może – zdaniem zarówno autorów koncepcji, jak i wielu innych badaczy (zob. na przykład: Elias, Wrześniewski, 1988; Wrześniewski, 1993; Zawadzki, Strelau, 1997) – zwiększać ryzyko kształtowania się patologicznych form zachowania, w tym rozwoju i występowania chorób somatycznych. Mechanizm ten uważa się za podstawę kształtowania się wyróżnionych wzorów zachowania A, C, D, powszechnie uważanych za czynniki ryzyka psychosomatycznego.

Aleksytymia jest więc traktowana jako zespół właściwości pośredniczących między pozostałościami, konsekwencjami traumatycznych doświadczeń dzieciństwa (między innymi przez kształtujące się wzory zachowania) a tendencjami psychosomatycznymi. Leżące u podstaw aleksytymii: „Oddzielenie życia emocjonalnego od racjonalnego może w dłuższej perspektywie przyczyniać się do rozwoju licznych zaburzeń psychosomatycznych” – podsumowują Maruszewski i Ścigała (1998, s. 8)

WZORY ZACHOWANIA A RYZYKO PSYCHOSOMATYCZNE

Koncepcja łączenia ryzyka rozwoju i uwarunkowań chorób somatycznych ze wzorami osobowości nawiązuje do tradycji klasycznej psychoanalizy, wiążącej pojawianie się określonych chorób zwanych „psychosomatycznymi” ze strukturą osobowości jednostki. Według Maruszewskiego i Ścigały wzory zachowania – wyraz niezharmonizowanej struktury temperamentu – wskazują na znaczącą dysfunkcjonalną rolę negatywnych emocji i zjawisk emocjonalnych i jako takie mogą stanowić konsekwencję krzywdzącego czy represyjnego, uzależniającego wychowania.

Aktualnie wyróżnia się następujące dysharmonijne wzory zachowania: A (WZA), C (WZC), D (WZD) oraz połączenie A i C (tzw. agresjo-lęk, związane ze schorzeniami somatycznymi, a przeciwstawiane zrównoważonemu WZB, reprezentującemu tak zwane optimum psychosomatyczne).

Wzór zachowania A (WZA) został opisany w połowie XX wieku przez dwóch kardiologów, Meyera Friedmana i Raya Rosenmana (1959 za: Wrześniewski, 1993). Stanowi on specyficzny zbiór typowych reakcji radzenia sobie ze stresem dyktowanych pobudzeniem, pośpiechem i niecierpliwością na poziomie behawioralnym. Andrzej Elias i Kazimierz Wrześniewski (1988, s. 27) przedstawiają WZA jako „zespół jawnego zachowania lub styl życia, charakteryzujący się skrajnym współzawodnictwem, walką o osiągnięcia, agresywnością, pobudliwością, nadmierną czujnością, wybuchowym sposobem mówienia, napięciem mięśni twarzy, poczuciem presji czasu i nadmiernej odpowiedzialności”. Właściwości te w dużej mierze wynikają z chęci kompensowania poczucia małej wartości i dopingujących oczekiwań rodziców wymuszających funkcjonowanie na wysokich obrotach (przy dużej aktywności), przekraczające stosunkowo niski wrodzony próg zapotrzebowania na stymulację u dziecka.

Zwrócono też uwagę na silne tendencje poszukiwania możliwości ekspresji, rozładowania negatywnych emocji przy próbach ich powściągnięcia (na przykład krytyka osób bliskich), czemu towarzyszy poczucie winy (por. *ibidem*; Zawadzki, Strelau, 1997). Wzór zachowania A zazwyczaj

przeciwstawia się wzorowi B, reprezentującemu cechy odrębne – osoby B poddają się raczej prądowi życia niż rywalizacji i walce o sukces.

WZA stanowi czynnik ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, zawału serca, a także innych chorób psychosomatycznych.

Wzór zachowania C (WZC), opisany przez T. Morrisa i S. Greera w 1980 roku (*cancer-prone personality*), charakteryzowano jako specyficzny styl zmagania się ze stresem z elementami poczucia bezradności, beznadziejności i depresji (Temoshok, 1987; Eysenck, 1994). Osoby WZC przedstawia się jako kooperatywne, spokojne, nieasertywne, ukrywające negatywne emocje (szczególnie gniew) oraz uległe wobec zewnętrznych autorytetów (por. Kubacka-Jasiecka, 2006a; 2012; Zakrzewska, 1989). Występujące u tych osób problemy i objawy dotyczą: a) pojawiania się **silnych, negatywnych, nadmiernie kontrolowanych i tłumionych emocji** – głównie lęku wobec zagrożenia; b) zależności **emocjonalnej od osób znaczących** z lękiem przed odrzuceniem i dynamiką ambiwalencji w związkach (ukryta złość i agresja); c) **problemów wokół Ja** – samoskarżania się, niskiego poczucia własnej wartości, niedostatku samoopiekuńczych funkcji Ja; d) **braku silnej więzi z życiem** (depresyjny nastrój, smutek, mała siła życiowa).

Z czasem wzór zachowania C zaczęto rozpatrywać jako czynnik ryzyka predysponujący nie tylko do choroby nowotworowej, lecz także do innych schorzeń psychosomatycznych, na przykład do reumatoidalnego zapalenia stawów, choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy, a nawet osteoporozy (Kubacka-Jasiecka, Wysocka-Pleczyk, 1999).

Wzór A i C łącznie – tak zwany agresjo-lęk – reprezentuje współwystępowanie cech wspólnych dla obu wzorów A i C. Andrzej Mirski (1997) przedstawia interesującą propozycję łączenia się pozornie przeciwstawnych wzorów zachowania u osób krzywdzonych we wczesnym dzieciństwie – występowania mieszanych właściwości A i C, równocześnie lub naprzemiennie. Konstytucjonalnie uwarunkowana struktura temperamentu umożliwia przejawianie różnicowanych form zachowania.

Typ osobowości D – tak zwana osobowość stresowa (*distressed personality*) – po raz pierwszy

opisany w 1995 roku przez psychologa klinicznego Johana Denolleta (1998 za: Ogińska-Bulik, 2009). Obejmuje dwa podstawowe wymiary – względnie stałe cechy osobowości:

- **negatywną emocjonalność** (*negative affectivity*) wyrażającą się w skłonności do przeżywania negatywnych emocji;
- **hamowanie społeczne** (*social inhibition*), przejawiające się słabymi więziami społecznymi, podejrzliwością, dystansem w kontaktach (obawy przed dezakceptacją i odrzuceniem).

Te dwa wymiary obniżające odporność oraz zdolność konstruktywnego zmagania się ze stresem współwystępują z: a) zamartwianiem się, poczuciem winy, odczuwaniem napięcia, skłonnością do depresji, b) niskim poczuciem bezpieczeństwa, dyskomfortem w relacjach, nieśmiałością i dystansem emocjonalnym.

Typ D stanowi czynnik ryzyka choroby niedokrwiennej serca oraz zgonów powiązanych z zaburzeniami układu krążenia. Może też wpływać na rozwój schorzeń psychosomatycznych przez mechanizmy immunologiczne oraz endokrynologiczne (zwiększenie reaktywności i aktywności, por. *ibidem*).

Zwróćmy uwagę, że poszczególne wzory zachowania, pozornie odrębne, wykazują daleko idące wzajemne podobieństwo; mogą być widziane jako utrwalone, indywidualnie uwarunkowane, nie zawsze adekwatne zachowania adaptacyjno-obronne, stanowiące strategie dziecięcej walki o bezpieczeństwo, przywiązanie i miłość rodziców. Właściwości osobowości i zachowania, uwarunkowane zarówno genetycznie, konstytucjonalnie, jak i środowiskowo, noszą ślady chronicznego lęku i cierpienia – ran zadanych w dzieciństwie przez rodziców. Doznana krzywda uczyniła z nich stałe skrypty emocjonalnego reagowania i obrony, konstytuujące utrwalone z czasem wzory zachowania dorosłych.

Spróbujmy zebrać typowe pozostałości dysfunkcyjnego wychowania i krzywdy – właściwości charakterystyczne, w mniejszym lub większym stopniu, dla **wszystkich wyróżnionych wzorów**, przy obniżonej odporności na stres i braku zdolności zmagania się (konstytucjonalnej i/lub wyuczonej).

1. **Współwystępowanie wysokiego poziomu lęku i gniewu, wrogości**, często w formie

nieuświadomionej, stłumionej, niezwerbalizowanej – „ucieleśnionej”; obie emocje mogą występować równocześnie lub się przeplatać, a lęk przed konsekwencjami agresywnego działania może być tłumiony, połączony z poczuciem winy.

2. **Emocjonalna zależność od ocen otoczenia** prowadząca do postaw uległości i konformizmu.
3. **Obniżony nastrój**, stany depresyjne, brak silnej więzi z życiem.
4. **Problemy wokół Ja** – niskie poczucie własnej wartości, niska samoocena, niedojrzała, nieautonomiczna tożsamość; rozwój Ja pozorowego/fasadowego.
5. **Niedostatek prozdrowotnych zachowań**: nadużywanie alkoholu, nikotyny, brak aktywności fizycznej, niewłaściwe odżywianie, ryzykowne zachowania uwarunkowane niedostatkami samoopiekuńczych funkcji Ja (aż po akty autodestrukcji).

Rozważania Martina Seligmmana (2003) uwzględniają znaczenie wzorów zachowania w kontekście zmagania się ze stresem. W jego ujęciu osoby reprezentujące poszczególne typy wzorów charakteryzuje:

- szczególna podatność na sytuacje stresowe, które wywołują silne, negatywne emocje, ich świadome kontrolowanie i hamowanie (zwłaszcza typ D);
- faza alarmowa stresu – mobilizacja obejmuje silny lęk, gniew oraz reakcje obronne (zwłaszcza typ A);
- stosunkowo szybko występująca faza rezygnacji i demobilizacji – zawieszenia lub zablokowania biologicznych mechanizmów aktywności i obrony (zwłaszcza typ C).

Przedstawiony przez Wrześniewskiego (1993, s. 101) popularny model etiologii zaburzeń psychosomatycznych ukazuje relacje między czynnikami psychologicznymi właściwymi dla WZA, który można odnieść również do pozostałych wyróżnionych wzorów. Z uwagi na abstrahowanie od traumatycznej etiologii opisywanego wzoru model ten należy uznać za ilustrację współczesnego podejścia psychosomatycznego. Przedstawione na schemacie złożone uwarunkowania choroby obejmują: a) wzór zachowania A; b) uwarunkowania temperamentalne; c) wzory

percepcyjne; d) wzory reagowania emocjonalnego i wegetatywnego. Składowe a) i b), wraz z czynnikami ryzyka sytuacyjnego i innymi, zwiastują rozwój choroby i prowadzą do jej wystąpienia. Nie jest przy tym całkowicie klarowne, czy wymienione składowe to aspekty wzoru zachowania A, czy odrębne czynniki współdeterminujące rozwój choroby.

DROGA DO PSYCHOSOMATYKI – PROPOZYCJA SYNTETYCZNEGO UJĘCIA

*Bo wolę już mieć napady duszności i być takim,
jak Ci się podoba, niż nie podobać się Tobie
i nie cierpieć.*

Marcel Proust²

Najwcześniejsze traumatyczne wspomnienia i cierpienie pozostają zakodowane w postaci odczuć cielesnych, ewentualnie wyobrażeniowej, a nie werbalnej (tak zwana amnezja wczesnodziecięca); późniejsze wspomnienia, już świadomie zarejestrowane, bywają wtórnie tłumione czy wypierane ze świadomości. Niemożność ujęcia traumy przez werbalną narrację powoduje, że przeżycia płynące z ciała pozostają „odcięte”, „wysiedlone z własnego ciała”.

Nieujęte w słowa traumatyczne doświadczenia, kształtujące skrypty życia emocjonalnego, wpływają na funkcjonowanie psychospołeczne dziecka, a później dorosłego. Przypomnijmy podsumowujące słowa Daniela Golemana (1997, s. 51): „Ponieważ najwcześniejsze wspomnienia emocjonalne gromadzą się wówczas, gdy dziecku brakuje słów na określenie swoich doświadczeń, to gdy zostaną przywołane w późniejszych okresach życia nie dysponujemy odpowiadającym im zbiorem artykułowanych myśli, nie potrafimy opisać reakcji, które nam się narzucają, (...) możemy doświadczać owych chaotycznych uczuć, ale nie mamy słów na opisanie wspomnień, które je ukształtowały”. Aby funkcje poznawcze

² Z listu do matki wybitnego pisarza świadomego psychosomatycznej etiologii ataków astmy, pojawiających się w następstwie wywieranej przez matkę presji na rezygnację z przejawów homoseksualnej orientacji pisarza.

dziecka mogły się rozwinąć i wykształcić, powinno ono mieć możliwość wyładowywania nagromadzonego afektu. W przeciwnym wypadku w psychice powstaje nieświadomy konflikt angażujący energię libido i blokujący rozwój procesów poznawczych (Krystal, 1997).

Model Krystala (1997) relacji z obiektem łączy traumatyczne doznania okresu niemowlęcego z dysfunkcjonalnymi relacjami z matką – obiektem frustrującym, a równocześnie blokującym ekspresję uczuć. Emocje nie mogą nie tylko być wyrażane, ale nawet świadomie doświadczane. W opanowaniu rozwijającego się konfliktu uczestniczą tak zwane prymitywne mechanizmy obronne: introjeckji, zaprzeczania, projekcji, czy – później – dysocjacji obronnej. Zbyt wczesne rozerwanie, rozszczępienie iluzji symbiotycznej więzi z obiektem (matką) prowadzi do wykształcenia się dwuwartościowych obrazów matki oraz własnego Ja, hamuje rozwój afektywny i procesy desomatyzacji (rozpoznawania oraz werbalizowania własnych emocji).

Przedstawiona powyżej koncepcja Maruszewskiego i Ścigały zakłada współdziałanie trzech składowych, leżących u podstaw powstawania schorzeń psychosomatycznych: a) niezharmonizowanej struktury temperamentu, przejawiającej się we wzorach zachowania, b) przewagi aktywacyjnych obszarów przedczołowych prawej półkuli oraz c) konsekwencji atmosfery destruktywnego, krzywdzącego środowiska wychowania. Model ten wyraźnie ukazuje zależności: trauma dzieciństwa – aleksytymia – ryzyko psychosomatyczne; „(...) w przypadku aleksytymii mamy do czynienia z chronicznym przeżywaniem emocji negatywnych (...) oraz nieumiejętnością ich wyrażania i kontroli, co sprzyja rozwojowi chorób zaburzeń psychosomatycznych” – piszą wprost autorzy modelu (Maruszewski, Ścigała, 1998, s.163).

Bezpośrednie odniesienie doświadczenia traumy do etiologii choroby psychosomatycznej odnajdujemy również w psychodynamicznej koncepcji karcinogenezy H.J. Baltruscha (1978; Baltrusch, Waltz, 1986/2007; por. też: Turuk-Nowakowa, 1990). Autor przedstawia trójfazowy model rozwoju choroby, sięgając do wczesnego okresu życia – fazy I sytuacji pierwotnej dzieciństwa naznaczonego totalnym zaburzeniem związku emocjonalnego z matką

lub innymi postaciami, a przede wszystkim lękiem. W fazie tej towarzyszy dziecku uczucie wrogości do opiekunów, kompensowane przez przyleganie i zależność; towarzyszą mu również inne mechanizmy obronne, takie jak zaprzeczanie i tłumienie (*denial*) czy wyparcie (*repression*), które wraz z poczuciem winy uniemożliwiają mu wyrażenie przeżywanego uczucia lęku, gniewu, wrogości. W toku rozwoju modyfikacji ulegają reakcje systemu immunologicznego, co osłabia odporność organizmu.

W fazie II sytuacji rozwojowej utrwalają się postawy idealizowania pozornie bliskich relacji rodzinnych, a liczne problemy i konflikty, zarówno intrapsychiczne, jak i interpersonalne, są tłumione i ukrywane pod pozorami spokoju i życzliwości – mówi się o tak zwanym **nadmiernym przystosowaniu do środowiska**. Niektóre z krzywdzonych dzieci rozwijają objawy neurotyczne z silnym lękiem, depresją i objawami psychosomatycznymi.

Fazę III konstituują reakcje osób dorosłych na utratę postaci znaczącej lub inny silny stres o pierwszoplanowym znaczeniu dla danej osoby. Załamanie dotychczasowej sztywnej równowagi życiowej reaktywuje emocje I fazy – poczucie zagrożenia, bezradności i rozpacz – co otwiera drogę chorobie, w tym wypadku nowotworowej, traktowanej przez Baltruscha jako schorzenie psychosomatyczne. Choroba i jej objawy stają się wtórnie narzędziem (najczęściej poza świadomością) odreagowania napięcia i ucieczki od rzeczywistości, utrzymywania pewnej równowagi, czy wtórnie – zyskania uwagi i troski otoczenia (por. Eysenck, 1994).

Koncepcję tę przedstawiłam w miarę szczegółowo z uwagi na daleko idącą zbieżność z prezentowanym w niniejszym opracowaniu stanowiskiem autorki. Podobnie ujmuje proces powstawania zaburzeń psychosomatycznych Peter Kutter (1998), zdaniem którego każdy proces psychosomatyczny rozpoczyna się doświadczeniem utraty: „(...) nieprzepracowane uczucia straty żalu, sposoby radzenia sobie z nimi, predyspozycje z dzieciństwa powodują, że określone obszary lub funkcje ciała reagują w sposób nadwrażliwy na wyzwania i porażki w dalszym życiu” (Kutter, Muller, 2008 za: Schier, 2010, s. 93). Istotnym elementem jest tu tak zwana

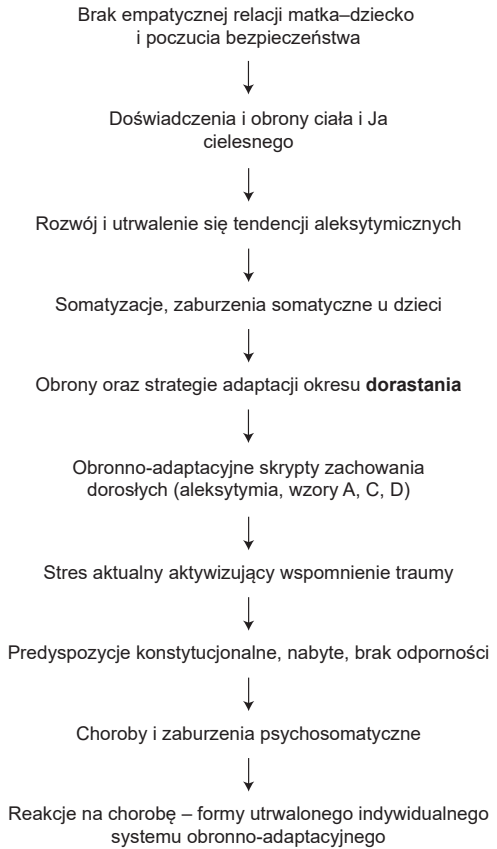
dysocjacja psychosomatyczna, powodująca, że dana osoba nie ma dostępu do swoich emocji; rozwija podatność (*vulnerability*) na niekorzystne doświadczenia i porażki. Utrzymujące się napięcie i lęk egzystencjalny burzą funkcjonowanie ciała i wiodą ku somatyzacji wraz z narastającymi zmianami narządowymi – czyli ku chorobie psychosomatycznej.

W sytuacji niemożności bezpośredniego, świadomego poradzenia sobie z problemem czy konfliktem (być może nie w pełni uświadomionymi) impuls psychiczny zostaje wyrażony pośrednio, przez ciało: „W chorobie i niejako poprzez nią związek ten (psyche i soma – przyp. D.K-J) jest, w pewnym sensie, na nowo kreowany” – zauważa Krystal (2000 za: Schier, 2010, s. 1). Katarzyna Schier (*ibidem*, s.167) dodaje: „(...) ciało osób chorych psychosomatycznie jest przez nie składane w ofierze. Ta ofiara ma funkcję utrzymania iluzji, że było się kochanym, że miało się »wystarczająco dobrego« opiekuna” (hołd składany bóstwu „uwewnętrznionego rodzica”).

Mimo że koncepcje te są trudne do bezpośredniej weryfikacji, przytaczane liczne dowody pośrednie w sposób znaczący wspierają poglądy łączące traumatyczne doświadczenia dzieciństwa z występowaniem somatyzacji, a u dorosłych – z występowaniem chorób psychosomatycznych. Baltrusch (1978) wskazuje na możliwość występowania i obserwowania na pośrednich etapach rozwoju indywidualnie zróżnicowanych reakcji emocjonalnych, z upływem lat wspólnie zmierzających ku rozwijaniu się schorzeń psychosomatycznych.

Jednakże, jak pisała około ćwierć wieku temu Judith Herman: „objawów psychosomatycznych przeważnie nikt nie łączy z ich rzeczywistym źródłem” (1998, s. 129), to znaczy z zaburzeniami Ja cielesnego jako bezpośrednią spuścizną dziecięcego pokrzywdzenia i traumy przywiązania. Na podstawie większości pozycji aktualnego polskiego piśmiennictwa można uznać to za nadal aktualne.

Poniższy schemat przedstawia proponowane na podstawie przedstawionego piśmiennictwa własne syntetyczne ujęcie etiologii chorób psychosomatycznych, drogi do choroby – poczynając od traumatycznych doświadczeń dzieciństwa (patrz ryc. 1).



Ryc. 1. Proponowany model etiologii schorzeń psychosomatycznych

Źródło: opracowanie własne.

PODSUMOWANIE

W świetle powyższych rozważań choroby psychosomatyczne wymagają od pracy psychologa-terapeuty wyjścia poza aktualne, tak zwane podejście psychosomatyczne. Powinno się zrezygnować z koncentracji wysiłku terapeutycznego wyłącznie na omawianiu reakcji na stan choroby z marginalnym odniesieniem do trudnej przeszłości, jej etiologii psychicznej. Pamiętając, że: „Mało prawdopodobne jest (...), aby diagnoza o danej chorobie, mogła gruntownie zmienić utrwalony podczas całego życia styl funkcjonowania psychicznego” (Dolińska-Zygmunt, 1996, s. 151). I, że „Człowiek w obliczu stresu (...), sytuacji choroby nie tworzy nowych wzorów

zachowania, lecz sięga do starych, wyuczonych reakcji, (...) aktywizuje ukształtowane wcześniej sposoby radzenia sobie ze stresem i inne, względnie trwałe właściwości psychiczne osoby” (*ibidem*; por. też: Zakrzewska, 1989), pacjent i psycholog winni zdwoić wysiłki nad przepracowaniem spuszczony przeszłości.

Efektywna praca psychologa–terapeuty wymaga uwzględnienia całości kształtu sytuacji psychologicznej pacjenta wraz z szeroko rozumianą etiologią schorzenia, z dotarciem do doświadczeń dzieciństwa włącznie. Praca psychologiczna powinna zostać ukierunkowana na przepracowanie ukształtowanych, nawykowych sposobów radzenia sobie z trudnościami i cierpieniem, na modyfikowanie obrazu własnej osoby chorego oraz jego relacji i sposobu komunikowania się z najbliższymi.

W tym kontekście lekarze, a przede wszystkim psychologowie, powinni uwzględniać zjawisko nazwane normopatią, polegające na maskowaniu własnych uczuć i właściwości, jak również na odgrywaniu emocji, których się w rzeczywistości nie odczuwa. Dorośli – ofiary dziecięcego pokrzywdzenia starają się robić wrażenie opanowanych, spokojnych i dobrze przystosowanych (tak zwane nadprzystosowanie): „Pozostaje kwestią (...) otwartą, na ile osoby te mają świadomość tego, że nie czują tego, co czuć powinny i odgrywają to, ukrywając swoje prawdziwe uczucia, a na ile są zagubione w świecie własnych emocji i nie mają świadomości, iż mogą w danej sytuacji czuć coś zupełnie innego” (Maruszewski, Ścigała, 1998, s. 140). Zachowanie normopatyczne może być wynikiem treningu społecznego, utrwalonym sposobem radzenia sobie z dziecięcym niepokojem i napięciem, jako że chroniło ono zawsze przed uczestnictwem w burzliwych sytuacjach odrzucenia, nieporozumień i kłótni rodzinnych.

Ważne, aby nie zwodziły psychologów pozorowany spokój i mało wyraziste reakcje wobec poważnej, być może nawracającej choroby. Poznanie i świadomość rzeczywistych emocji oraz potrzeb chorujących osób staje się niezbywalnym warunkiem udzielenia skutecznej pomocy psychologicznej i wprowadzenia pacjenta na drogę zdrowienia; wykorzystania sytuacji choroby jako szansy na odzyskanie zdrowia somatycznego, by wreszcie iść naprzód.

BIBLIOGRAFIA

- Ainsworth M.D.S (1982). Attachment: Retrospect. W: C.M. Parkes, J. Stevenson-Hinde (red), *The Place of Attachment in Human Behavior*. New York: Basic Books, 3–30.
- Ainsworth M.D.S., Blechar M.C., Wall S. (1978), *Patterns of Attachment: A Psychological Study of Strange Situation*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Aleksander F. (1952). *Psychosomatic Medicine*. London: George Allen and Unwin.
- American Psychiatric Association (2017). *Kryteria diagnostyczne z DSM-5. Desk Reference*. P.S. Krawczyk (tłum.). Wrocław: Edra Urban & Partner.
- Babiker, G., Arnold, L. (2002), *Autoagresja; mowa zranionego ciała*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Baltrusch H.J.F. (1978). Psychosomatic cancer research: present status and future perspectives. *Psychologie of Cancer*, 7–12.
- Baltrusch H.J.F., Waltz M. (1986/2007). Persobiological model of host-tumor relationship. W: J. Bowlby (red.), *Przywiązanie*. M. Polaszewska-Nicke (tłum.). Warszawa: PWN.
- Bowlby J. (2007). *Przywiązanie*. M. Polaszewska-Nicke (tłum.). Warszawa: PWN.
- Briere J. (2004). *Psychological assesment of adult posttraumatic states: Phenomenology diagnosis and measurement*. 2nd ed. Washington, DC: American Psychological Association.
- Cierpiałkowska L. (2007). *Psychopatologia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Czub M. (2014), *Zrozumieć dziecko wykorzystywane seksualnie*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Dolińska-Zygmunt G. (red.) (1996). *Elementy psychologii zdrowia*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Acta Universitatis Wratislaviensis.
- Drat-Ruszczak K. (1995). *Poznanie i emocje w schizofrenii*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Dudek B. (2003). *Zaburzenie po stresie traumatycznym*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Eichelberger W., (2001). *Ciałko*. Warszawa: Prószyński i S-ka.
- Eliasz A., Wrześniewski K. (1988). *Ryzyko chorób somatycznych: środowisko i temperament a wzór zachowania A*. Warszawa–Wrocław: Ossolineum.

- English O.P., Weiss E. (1949). *Psychosomatic Medicine*. Philadelphia–London: W.B. Saunders Company.
- Erikson E.H. (1963). *Childhood and Society*. New York: W.H. Norton.
- Eysenck H.J. (1994). Cancer, personality and stress: prediction and prevention. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 16(3), 167–215.
- Farberow N., Shneidman E. (1961). *Cry for Help*. New York: Mc Graw-Hill.
- Gaskill R.L., Perry B.D., (2012). Child sexual abuse, traumatic experiences, their impact on the developing brain. W: P. Goodyear-Brown (red.), *Handbook Child Sexual Abuse. Identification Assessment and Treatment*, Hoboken. New Jersey: John Wiley and Sons, Inc., 29–47.
- Gibson L.C. (2018). *Doroste dzieci niedojrzałych emocjonalnie rodziców. Jak uwolnić się od przeszłości i zacząć nowe życie*. M. Szymańska-Blotnicka (tłum.) Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Giddens A. (2007). *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*. A. Szulżycka (tłum.). Warszawa: PWN.
- Goleman D. (1997). *Inteligencja emocjonalna*. A. Janowski (tłum.). Poznań: Media Rodzina.
- Goodyear-Brown P. (red.) (2012). *Handbook Child Sexual Abuse. Identification Assessment and Treatment*. Hoboken: John Wiley and Sons, Inc.
- Herman J.L. (1995). Complex PTSD. A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. W: G.S. Everly, J.M. Lating (red.), *Psychotraumatology: Key Papers and Core Concepts I Post-Traumatic Stress*. New York: Plenum Press, 87–100.
- Herman J.L. (1998). *Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi*. A. Kacmajor, M. Kacmajor (tłum.). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Heszen-Niejodek I., Sęk H. (1997). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: PWN.
- Horney K. (1976) *Neurotyczna osobowość naszych czasów*. H. Grzeńkowska (tłum.). Warszawa: PWN.
- Horney K. (2000). *Nasze konflikty wewnętrzne; konstruktywna teoria nerwic*. A. Gomola (tłum.). Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Iwaniec D., Sneddon H. (2002). The Quality of Parenting of Individuals Who had Failed to Thrive as Children. *British Journal of Social Work*. 32(3), 283–298
- Kernberg O.F. (1976). *Object-Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*. New York: Jason Aronson Inc.
- Kolk B.A. van der (2003). The neurobiology of Childhood Trauma and abuse. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12(2), 293–317.
- Krueger D. (2000). *Integrating body Self and psychological Self*. New York–London: Brunner–Routledge.
- Korzeniowski W., Puzyński S. (red.) (1986). *Encyklopedyczny słownik psychiatrii*. Warszawa: Wydawnictwo PZWL.
- Kryształ H. (1997). Desomatization and the consequences of infantile psychic trauma. *Psychoanalytic Inquiry*, 17(2), 126–150.
- Kubacka-Jasiecka D. (2006a). Funkcjonowanie emocjonalne kobiet po mastektomii a perspektywa rozważań nad wzorem zachowania typu C (WZC). *Sztuka Leczenia*, 13(3–4), 31–48.
- Kubacka-Jasiecka D. (2006b). *Agresja i autodestrukcja z perspektywy obronno-adaptacyjnych dążeń Ja*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Kubacka-Jasiecka D. (2012). Wzór zachowania typu C. Rozważania i badania nad rozwojowymi uwarunkowaniami oraz korelatami WZC. W: N. Ogińska-Bulik, J. Miniszewska (red). *Zdrowie w cyklu życia człowieka*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, 199–218.
- Kubacka-Jasiecka D. (2019). Psychosomatic risk from the perspective of attachment trauma and disturbances of physical self (Ryzyko psychosomatyczne z perspektywy traumy przywiązania i zaburzeń Ja cielesnego). *Sztuka Leczenia*, 34(2), 57–73.
- Kubacka-Jasiecka D., Wysocka-Pleczyk M. (1999). Osteoporoza – właściwości psychiczne i funkcjonowanie pacjentek w obliczu stresu choroby. W: *Human Behavior in Health and Illness, Materiały The Baltic Sea Conference on Psychosomatic Medicine, Szczecin 29–31 maja 1998*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychosomatycznego, 147–154.
- Kutter P. (1998). Zaburzenia psychosomatyczne. W: P. Kutter, *Współczesna psychoanaliza*. A. Uberowska (tłum.). Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 129–136.
- Lipowski Z.J. (1987). Somatization: The experience and communication of psychological distress as somatic symptoms. *Psychoterapy and Psychosomatic*, 47(3/4), 160–167.
- Luxenberg T., Spinazzola J., Kolk B.A. van der (2001). Complex trauma and disorders of extreme stress

- (DESNOS), diagnosis, part one: Assessment. *Directions in Psychiatry*, 21(25), 373–392.
- Łazowski J. (2010). Nowe horyzonty psychosomatyki. *Sztuka Leczenia*, 20(1–2), s. 11–19.
- Łazowski J. (1996). Podejście psychosomatyczne w patofizjologii i gastroenterologii. W: H. Skłodowski (red.), *Medycyna psychosomatyczna i psychologia chorego somatycznie*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, 252–259.
- Maruszewski T., Ścigała E. (1998). *Emocje – Aleksytymia – Poznanie*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Melody P. (1989). *Toksyczne związki*. A. Polkowski (tłum.). Warszawa: Jacek Santorski i Co. Agencja Wydawnicza.
- Miller A. (1991). *Mury milczenia. Cena wyparcia urazów dzieciństwa*. J. Hockuba (tłum.). Warszawa: PWN.
- Miller A. (2006). *Bunt ciała*. A. Gierlińska (tłum.). Poznań: Media Rodzina.
- Mirski A. (1998). Optimum psychosomatyczne. W: J. Łazarski, D. Dolińska-Zygmunt (red.). *Ku lepszemu funkcjonowaniu w zdrowiu i chorobie*. Materiały XIII Ogólnopolskiego Sympozjum Medycyny Psychosomatycznej i V Bałtyckiego Sympozjum Balintowskiego. Kołobrzeg 15–17 maja 1997. Wrocław: Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego.
- Mirucka B., Sakson-Obada O. (2013). *Ja cielesne od normy do zaburzeń*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Nemiah J.C., Sifneos P.E. (1970). Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. W: O.W. Hill (red.), *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*. London: Butterworths, 26–34.
- Ogińska-Bulik N. (2009). *Osobowość typu D. Teoria i badania*. Łódź: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej.
- Rosenhan D.L., Seligman M.E.P. (1994). *Psychopatologia*. D. Golec (tłum.). Warszawa: Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Sakson-Obada O. (2009). *Pamięć ciała. Ja cielesne w relacji przywiązania i w traumie*. Warszawa: Difin S.A.
- Schier K. (2005). *Bez tchu i bez słowa. Więź psychiczna i regulacja emocji u osób chorych na astmę oskrzelową*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Schier K. (2010). *Piękne brzydactwo. Psychologiczna problematyka obrazu ciała i jego zaburzeń*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Sikorska I. (2012). Trauma in child's life – reaction to painful experience. W: D. Kubacka-Jasiecka, M. Kuleta (red.), *Reflections on Psychological Mechanisms of Trauma and Posttraumatic Development*. Kraków: Krakowska Oficyna Naukowa TEKST, 19–38.
- Suchańska A. (2001). W poszukiwaniu wyjaśnień samoniszczenia. Samoniszczenie kompetencje samoopiekuńcze. *Forum Oświatowe*, 2 (25), 61–73.
- Suchańska A., Wycisk J. (red.) (2006). *Samouszkodzenia. Istota, uwarunkowania, terapia*. Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe.
- Taylor G.J., Bagby R.M., Parker J.D.A. (1991). The alexithymia construct. A potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 32, 153–164.
- Temoshok L. (1987). Personality, coping style, emotion and cancer: toward an integrative model. *Cancer Survey*, 6(3), 545–567.
- Turuk-Nowakowa T. (1990). *Postępowanie psychologa w chorobach nowotworowych*. W: J. Heszen-Niejodek (red.), *Rola psychologa w diagnostyce i leczeniu chorób somatycznych*. Warszawa: PZWL, 159–194.
- Wasilewski B. (2020). Podejście psychosomatyczne a ewolucja medycyny w XXI wieku. W: E. Wilczek-Ruzyczka (red.). *Człowiek w sytuacji zagrożenia zdrowia z perspektywy psychosomatyki*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 25–37.
- Wasilewski B., Szewczyk L. (2006). Psychosomatyka jako składowa nauczania przed- i podyplomowego. W: L. Szewczyk, A. Kulik (red.), *Aktualności psychosomatyki okresu rozwojowego i dorosłości*. Lublin: Prokurat, 9–16.
- Widera-Wysoczańska A., Kuczyńska A. (red.) (2011). *Interpersonalna trauma. Mechanizmy i konsekwencje, Część I i II*. Warszawa: Difin S.A., 22–63.
- Winnicott D.W. (1971). *Playing and Reality*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Winnicott D.W. (1993) *Dziecko, jego rodzina i świat*. A. Bartosiewicz (tłum.). Warszawa: AW Jacek Santorski & CO Agencja Wydawnicza
- Winnicott D.W. (2011). *Zabarwa a rzeczywistość*. A. Czownicka (tłum.). Gdańsk: Imago.

- Wrześniewski K. (1993). *Styl życia a zdrowie. Wzór zachowania A*. Warszawa, Wydawnictwo JP PAN.
- Wrześniewski K. (2005). Psychologiczne uwarunkowania powstawania i rozwoju chorób psychosomatycznych. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*. T. 3. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 495–512.
- Zawadzki B., Strelau J. (1997). *Formalna charakterystyka zachowania – kwestionariusz temperamentu (FCZ-KT)*. Podręcznik. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Zakrzewska T. (1989). Psychospołeczne czynniki ryzyka zachorowania na raka – przegląd badań. *Przegląd Psychologiczny*, 4, 1019–1039.

Źródła finansowania / Funding sources: brak źródeł finansowania / no sources of funding

Konflikt interesów / Conflict of interest: brak konfliktu interesów / no conflict of interest

Otrzymano / Received: 13.12.2024

Zaakceptowano / Accepted: 12.03.2025