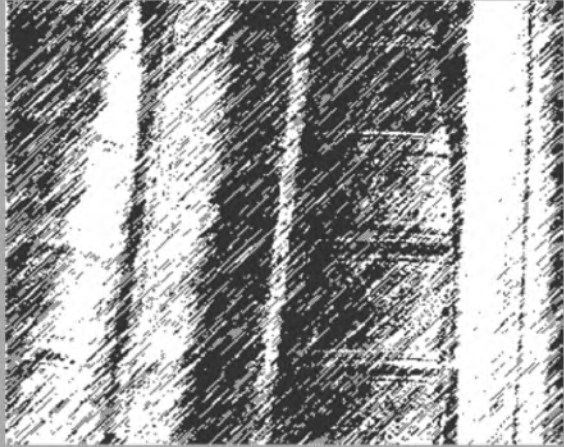




IGOR RADZIEWICZ-WINNICKI

Czynnościowe bóle brzucha jako zaburzenie funkcjonowania psychospołecznego dzieci

Functional abdominal pains as a disorder of the child psychosocial functioning

Abstract: The article includes the analyses concerning the functional abdominal pains in the medical-social context. The author emphasizes the role of humanistic sciences in the actions promoting prevention in the functional health disorders.

Key words: functional abdominal pains, health behaviour, health promotion.

W ciągu ostatnich dziesięcioleci znacznie wzrosło zainteresowanie zagadnieniami zdrowia, które stało się przedmiotem eksploracji badaczy reprezentujących różne dziedziny naukowe. Nową jakość w spojrzeniu na pojęcie zaburzeń zdrowia ludności przyniósł rozwój takich dyscyplin, jak medycyna społeczna, zdrowie publiczne, psychologia zdrowia czy edukacja zdrowotna, a także dynamiczny rozwój psychiatrii. Zauważalny stał się wzrost zainteresowania powszechnie występującymi zaburzeniami zdrowotnymi, które nie osiągają poziomu klinicznego. Na obraz wzmiankowanej grupy schorzeń składają się dolegliwości somatyczne, zaburzenia czynnościowe, bóle o niewielkim nasileniu bądź o przejściowym charakterze, przedłużające się negatywne stany emocjonalne, których niewielkie nasilenie jest przyczyną bagatelizowania zarówno przez osoby dotknięte zaburzeniami, ich środowisko, jak i przez reprezentantów profesjonalnej opieki medycznej. Tym samym wielu aspektów tego zjawiska nie ujmowano w statystykach analizujących stan zdrowia ludności, co jest zrozumiałe wobec niewielkiego stopnia upośledzenia funkcjonowania oraz braku przejrzystych kryteriów rozpoznawczych tej grupy schorzeń.

Powszechność tego typu zaburzeń oraz postępujący kulturowy i ekonomiczny rozwój społeczeństw przejawiający się zmniejszeniem chorobowości i śmiertelności wynikłej ze złych warunków socjoekonomicznych, niskiego poziomu higieny oraz niedostatecznej jakości opieki medycznej skłania do przeniesienia uwagi na problematykę profilaktyki oraz pozwala na dostrzeganie bardziej subtelnych zaburzeń zdrowotnych. Jednocześnie wzrost tempa życia oraz rosnące aspiracje i oczekiwania społeczne wobec jednostek są niekorzystnym czynnikiem zwiększającym obciążenie stresem, prowadzącym prawdopodobnie do wzrostu częstości występowania zaburzeń czynnościowych. Coraz częściej zatem schorzenia te są dostrzegane i stają się przedmiotem analiz i eksploracji naukowych zarówno na poziomie patofizjologii, epidemiologii czy społecznych aplikacji psychiatrii, jak i nauk humanistycznych, jak choćby psychologii, socjologii i pedagogiki.

W populacji dzieci i młodzieży najczęściej obserwowanymi dolegliwościami są niekorzystne doznania emocjonalne (zdenerwowanie, lęk, uczucie silnego zmęczenia, zły humor), bóle głowy i bóle brzucha (J o d k o w s k a, 2006, s. 17–22).

Zaproponowaną w niniejszym artykule interpretację zachowań *stricto* medycznych oraz wyniki omówionych tu badań i analiz można przyjąć zarówno jako wskaźniki socjomedyczne zawierające zaledwie zmienne behawioralne, jak i szereg twierdzeń oraz spostrzeżeń o zachowaniach ludzkich związanych ze zdrowiem i chorobą (T i t k o w, 1976, s. 116; S y r e k, 2001, s. 7–11).

Czynnościowe bóle brzucha to problem szeroko naświetlany od lat 50. XX wieku, kiedy to Apley i Naish wprowadzili pojęcie nawracających bólów brzucha (*Recurrent Abdominal Pains*), opisując występujące u dzieci pomiędzy 4. a 16. rokiem życia, pojawiające się przynajmniej raz w miesiącu przez 3 kolejne miesiące epizody bólu, wystarczająco silnego, aby zakłócić aktywność dziecka (Apley, Naish, 1958, s. 165–170).

Pomimo rozwoju nowoczesnych technik diagnostycznych do dziś nie udało się jednoznacznie zidentyfikować czynników etiologicznych pojawiających się bólów brzucha. Stąd też utrzymywanie się dolegliwości somatycznych przy braku zmian morfologicznych mogących odpowiadać za skargi somatyczne stało się podstawowym wyznacznikiem kategorii zaburzeń czynnościowych.

Współcześnie pojęcie czynnościowych bólów brzucha (*Functional Abdominal Pains*) rozumiane jest jako termin odnoszący się do opracowanej w 1990 roku podczas Konferencji Gastroenterologów w Rzymie klasyfikacji czynnościowych zaburzeń przewodu pokarmowego. Klasyfikacja ta, zmodyfikowana dwukrotnie, w 1999 i w 2006 roku, obowiązuje obecnie jako tzw. klasyfikacja rzymska III, która wprowadza podział i kryteria rozpoznawcze dla grupy zaburzeń gastroenterologicznych o ustalonym obrazie klinicznym i złożonej etiologii, których główną cechą jest brak możliwości ustalenia uchwytnej przyczyny organicznej. Wzmiankowana klasyfikacja dzieli czynnościowe zaburzenia przewodu pokarmowego na podgrupy dotyczące poszczególnych odcinków przewodu pokarmowego oraz wyznacza dodatkowo 2 kategorie zaburzeń dla niemowląt i starszych dzieci (Drossman, 2006, s. 1377–1390; American Academy of Pediatrics, 2005, s. 245–248).

Potrzeba ustalania szczegółowej klasyfikacji nozologicznej wynika z dużego rozpowszechnienia i różnorodności omawianej kategorii schorzeń. Przeprowadzone w ciągu minionych dwu dekad badania pozwoliły na wyłonienie nowych jednostek chorobowych, które nie zostały ujęte w obowiązującej w Polsce Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10). Ze względu na brak jednoznacznie ustalonego czynnika organicznego powstawania dolegliwości somatycznych schorzenia te uznaje się jako zaburzenia powstałe na skutek złożonych biopsychospołecznych oddziaływań na człowieka i jako takie znalazły się w części psychiatrycznej ICD-10.

Szacuje się, że nawracające bóle brzucha dotyczą 20–40% populacji dziecięcej i prawdopodobnie taki sam odsetek populacji dorosłych. Najczęstszą postacią tych dolegliwości dotykającą 20–30% populacji jest ból lub dyskomfort zlokalizowany w górnej części brzucha, definiowany w gastrologii jako niestrawność (syn. dyspepsja) czynnościowa (El-Serag, Talley, 2004, s. 643–654; Shaib, El-Serag, 2004, s. 2210–

2216). Dolegliwości te stają się corocznie przyczyną około 5% konsultacji lekarskich osób dorosłych i aż 15% konsultacji pediatrycznych. Z danych epidemiologicznych wynika, że 75–78% populacji nastolatków doświadcza w ciągu roku bólu brzucha, z czego 13–17% odczuwa ból przynajmniej raz w tygodniu. Częstotliwość epizodów bólu narasta wraz z wiekiem i jest przyczyną 39–51% przypadków absencji szkolnej, trwającej zwykle mniej niż 6 dni (H y a m s et al., 1996, s. 220–226).

Początkowo Apley i Naish zakładali, że większość dzieci z czynnościowymi bólami brzucha w okresie dorosłym nadal uskarża się na dolegliwości dyspeptyczne. Badania longitudinalne trwające ponad 30 lat wykazały jednak, że tylko 25–50% pacjentów z czynnościowymi bólami brzucha w dzieciństwie odczuwa podobne dolegliwości bólowe w wieku dorosłym, chociaż w wypadku 70% badanych nie upośledzają one normalnego trybu życia. Około 35% pacjentów z historią czynnościowych bólów brzucha cierpi w wieku dorosłym na schorzenia psychiatryczne oraz inne przewlekłe dolegliwości somatyczne, takie jak bóle głowy, pleców czy zaburzenia miesiączkowania. Według innych autorów, w krótszym okresie obserwacji (2 lata) aż 70% pacjentów podaje ustąpienie objawów klinicznych bądź ich złagodzenie (H o t o p f et al., 1998, s. 1196–1200; H y a m s, 2000, s. 413–418).

Pomimo dużej częstotliwości występowania czynnościowych bólów brzucha dotychczas nie udało się zidentyfikować jednoznacznie powiązanych z dolegliwościami czynników etiologicznych. Poszukiwania badaczy dotyczą zarówno obszarów gastroenterologii, fizjologii, neurologii, psychiatrii, jak i psychologii klinicznej i społecznej, których doniesienia wydają się potwierdzać słuszność polietiologicznego uwarunkowania schorzenia powstającego na tle biopsychospołecznych dysfunkcji jednostki. Etiologia dyspepsji czynnościowej obejmuje w tym świetle wiele zjawisk natury biologicznej, psychologicznej i społecznej, działających najprawdopodobniej łącznie (B e n n e t t et al., 1998, s. 414–420).

Liczne badania realizowane w obszarze medycyny wyłoniły między innymi czynniki związane z nieprawidłowym wydzielaniem kwasu solnego, którego nadmierna sekrecja zarówno podstawowa, jak i poposiłkowa miała być związana ze stresem. Zaburzenia wydzielania mogą mieć związek z toczącym się przewlekłym procesem zapalnym (np. na tle infekcji *Helicobacter pylori*), obejmującym błonę śluzową oraz elementy miejscowego układu nerwowego, tym samym inicjując uczucie bólu. W badaniach pacjentów z zespołem jelita drażliwego wykazano pozytywną korelację pomiędzy naciekiem komórek procesu zapalnego w pobliżu zakończeń nerwowych błony śluzowej jelita grubego a nasileniem doznawanego bólu (B a r b a r a et al., 2004, s. 693–702). Proces zapalny toczący się w przewodzie pokarmowym może zatem stanowić czynnik zwiększający

odczuwanie bólu. Ponadto badania prowadzone na modelach zwierzęcych dostarczają dowodów na występowanie przyczynowego związku pomiędzy stresem psychologicznym a rozwojem procesów zapalnych w jelicie myszy z zespołem jelita drażliwego. Separacja od matki oseków mysich wiązała się ze wzrostem kolonizacji jelita przez komórki zapalne oraz uwalnianiem przez nie substancji nasilających proces zapalny, co przyczyniało się do rozwoju nadwrażliwości trzewnej u badanych myszy. Obserwacje dorosłych pacjentów sugerują, iż obecność istotnych wydarzeń życiowych w wywiadzie oraz podwyższona punktacja w skali hipochondrii predestynuje do rozwoju zespołu jelita drażliwego (Van Den Wijngaard et al., 2005, s. 12–13; Gwee et al., 1999, s. 400–406).

Obserwacja rodzinnego występowania czynnościowych zaburzeń somatycznych, w tym czynnościowego bólu brzucha, sugeruje obecność czynnika genetycznego warunkującego skłonność do rozwoju somatyzacji. Ponadto dziedziczne uwarunkowania temperamentalne mogą stanowić jeden z czynników wpływających na osobniczą wrażliwość i tendencje do somatyzacji (Holtman et al., 2004, s. 971–979; Hotopf et al., 1999, s. 1796–1800).

Jedną z najlepiej poznanych grup czynników wywołujących ból lub dyskomfort lokalizowany w obrębie jamy brzusznej są zaburzenia czynności motorycznej przewodu pokarmowego. Powstawanie objawów podmiotowych, takich jak wczesne uczucie sytości, ból, przelewanie, uczucie pełności czy wzdęcie oraz odbijania występujące po posiłku związane są z zaburzeniem relaksacji żołądka i jelit oraz nadwrażliwością na rozciąganie. Stwierdzono, że poszczególne rodzaje zaburzeń motoryki mogą wiązać się ze specyficznymi objawami podmiotowymi. Podobne zaburzenia czynności motorycznej żołądka mogą występować również u osób zdrowych, nie podających dolegliwości somatycznych, ponadto interwencje farmakologiczne jakkolwiek wpływają na czynność motoryczną, nie przynoszą istotnej poprawy w ocenie subiektywnej pacjentów. Obserwowane zaburzenia motoryki, jak opóźnione opróżnianie żołądka, obniżenie aktywności motorycznej jelit i przedłużony czas pasażu jelitowego, mogą towarzyszyć nadmiernej kontroli i tłumieniu ekspresji emocji (szczególnie gniewu), obniżonemu nastrojowi, depresji czy nieprawidłowemu radzeniu sobie ze stresem oraz lękowi (Bennett et al., 2000, s. 83–87). W wielu doniesieniach zwraca się uwagę na zaburzenie odczuwania fizjologicznych bodźców z jamy brzusznej, które interpretowane są jako ból i inne nieprzyjemne doznania. U podstawy tego zaburzenia, określanego jako nadwrażliwość trzewna, leży nieprawidłowa czynność receptorów obwodowych jak również zaburzona relacja pomiędzy jelitowym a ośrodkowym układem nerwowym oraz zaburzenia procesu percepcji bodźców na

poziomie ośrodkowym. W procesie odczuwania bólu pośredniczą procesy emocjonalne, pamięciowe oraz wzory kulturowe, wchodzące w interakcje z indywidualnymi cechami osobowości i temperamentem (Ryżko, 2002, s. 83–88; Thumshirn, 2002, s. 63–66). Warto zauważyć, że wybiórcze obniżenie progu czucia bólu z narządów wewnętrznych występuje u pacjentów z czynnościowymi chorobami przewodu pokarmowego, w odróżnieniu od pacjentów z organicznymi przyczynami bólu, mimo obecności u tych ostatnich ewidentnych zmian organicznych w narządach wewnętrznych.

Przytoczone fakty uzasadniają przyjęcie modelu polietiologicznego uwarunkowania opisywanej grupy zaburzeń, na który składa się łańcuch niekorzystnych zjawisk patogenetycznych natury czynników biologicznych oraz równolegle determinant psychologicznych i społecznych, takich jak uwarunkowania osobowościowe, temperamentalne oraz wynikające z nich określone zmienne behawioralne, różne międzyosobniczo, wynikające z warunków środowiskowych oddziałujących w trakcie socjalizacji. Wymienione elementy stanowiące wrodzone i nabyte dyspozycje fizyczne i psychologiczne wchodzą w interakcje ze środowiskowymi, społecznymi i kulturowymi czynnikami ryzyka, doświadczeniem nabywanym w trakcie rozwoju człowieka, prowadząc do powstania określonych wzorów percepcyjnych i wzorów reagowania emocjonalnego oraz wegetatywno-somatycznego (Di Lorenzo, 2005, s. 44–46; Wrzesniewski, 1993, s. 7–24). Poglądy te tradycyjnie stanowiły zaplecze teoretyczne do wyłonienia kategorii chorób psychosomatycznych, definiowanych jako grupy jednostek nozologicznych, w których powstawaniu i przebiegu istotną rolę odgrywają procesy psychologiczne, takie jak stres psychiczny czy zmienne osobowościowe, behawioralne czy temperamentalne. Inne nazwy określające tę grupę schorzeń to zaburzenia psychofizjologiczne, psychobiologiczne albo biopsychospołeczne (Locke et al., 2004, s. 350–357; Wolańczyk, Bryńska, 2003, s. 25–34). Obecnie przytoczony model polietiologiczny stanowi rozwiązanie kompleksowe, znajdujące zastosowanie w pojmowaniu nie tylko przyczyn zaburzeń psychosomatycznych, lecz także wszystkich zjawisk patologicznych dotyczących człowieka, paradoksalnie wykluczając *per se* sens definiowania zaburzeń psychosomatycznych. Zasadniczą rolę w omawianej grupie zaburzeń odgrywają czynniki emocjonalne, będące przyczyną przedłużających się zmian czynności układu wegetatywnego, endokrynnego, opioidowego oraz immunologicznego z następującymi w konsekwencji reakcjami narządowymi. Długotrwałe utrzymywanie się niektórych emocji wywołuje zaburzenia funkcji organizmu, prowadząc do powstania zmian chorobowych. Szczególnie niedojrzałość narządowa oraz niestabilność funkcjonalna powstających struktur osobowości młodzieży może

ulec zaburzeniom czynnościowym pod wpływem zmian emocjonalnych związanych głównie z funkcjonowaniem środowiska rodzinnego i szkolnego (S z e w c z y k, 2003, s. 7–17). Wpływ zmiennych psychospołecznych na funkcjonowanie narządów przejawia się zaburzeniem czynności przewodu pokarmowego (przyspieszenie bądź zwolnienie perystaltyki, zaburzenie czynności zwieraczy, rozwój nadwrażliwości trzewnej czy zaburzenie podatności żołądka), zmianą napięcia w układzie wegetatywnym, zaburzeniem wydzielania hormonów, funkcji immunologicznych oraz innymi zmianami. Integracja czynności psychicznych, emocjonalnych i fizjologicznych zachodzi na poziomie ośrodkowego układu nerwowego, głównie w obrębie układu brzeźnego (K a r c z e w s k a, 1997, s. 74–90; S z e w c z y k, 1997, s. 98–107).

W literaturze psychiatrycznej podkreśla się dużą rolę chłodu emocjonalnego panującego w rodzinach dzieci z zaburzeniami psychosomatycznymi, przy jednocześnie silnej, choć lękowej więzi z rodzicami. Pacjenci zwykle prezentują trudności w nawiązywaniu relacji interpersonalnych oraz negatywny obraz siebie i niską samoocenę. Dane dotyczące osób dorosłych wskazują na częstsze narażenie na traumatyczne wydarzenia w dzieciństwie, współwystępowanie zaburzeń nastroju oraz zachowania poszukującego pomocy medycznej (D r o s s m a n et al., 1999, s. 25–30; S o y k a n et al., 1998, s. 2398–2404). Badania wskazują na częstsze występowanie bólów brzucha u dzieci wychowywanych w rodzinach niekompletnych. Ponadto doniesienia badań psychiatrycznych wskazują na istotnie częstsze występowanie lęku i depresji u osób z czynnościowymi bólami brzucha, podobnie jak z innymi zaburzeniami pod postacią somatyczną (C a m p o et al., 2004, s. 817–824). Nieprawidłowa nadmierna emocjonalność zaburzająca prawidłowe procesy adaptacyjne jest tradycyjnie definiowana jako neurotyczność. Pojęcie to odwołuje się do trójczynnikowej teorii osobowości Eysencka (PEN), w której zakłada się, że osobowość człowieka opisują trzy nadrzędne superczynniki: psychotyczność, ekstrawersja i neurotyczność. Wymienione cechy przyjmują status wymiaru, w którym każda z cech może przyjmować położenie pomiędzy dwoma skrajnościami. Psychotyczność obejmuje obszar pomiędzy przestępczością, psychopatią i schizofrenią a altruizmem, empatią i uspołecznieniem. Ekstrawersja, definiowana jako towarzyskość, żywość, aktywność, asertywność i poszukiwanie doznań, przeciwstawia się introwersji, którą cechują unikanie pobudzenia, niska aktywność i wycofanie. Trzeci wymiar osobowości, neurotyczność, rozumiana jest przez Eysencka jako emocjonalność, na którą składają się lęk, przygnębienie, poczucie winy, niska samoocena i napięcie oraz zrównoważenie emocjonalne na przeciwnym biegunie. Empiryczne uzasadnienie pomiaru neurotyczności odnosi się do nadmiernej lękliwości i pobudliwości oraz

trudności w radzeniu sobie w sytuacji trudnej. Osoby o wysokim poziomie neurotyczności wykazują niską odporność na działanie sytuacji stresowych (Strelau, 2003, s. 535–546). W badaniach własnych stwierdzono, że dzieci z dyspepsją czynnościową cechuje podwyższony lęk, mierzony za pomocą modelu neurotyczności. Wysokie wyniki w tej skali wiążą się z większą częstotliwością dolegliwości ze strony jamy brzusznej, przy czym są to dolegliwości typu zaburzeń czynności motorycznej. Neurotyczność sprzyja utrzymywaniu się niektórych dolegliwości somatycznych mimo stosowanego leczenia farmakologicznego (Radziejewicz-Winnicki, 2006).

W badaniach czynników wpływających na zachowanie zdrowia zwraca się uwagę na dominującą rolę tzw. stylu życia, na który składają się przede wszystkim zachowania „prozdrowotne” i „antyzdrowotne”. Te ostatnie ujęte zostały w modelu Richarda Jessora jako zachowania „ryzykowne”, będące czynnikami zagrażającymi poszczególnym elementom zdrowia lub destabilizującymi harmonijny proces rozwoju. Rozwój wzmiankowanych zachowań ryzykownych pozostaje w ścisłej interakcji z czynnikami psychospołecznymi, pośród których należy wymienić politykę państwa, środowisko społeczne, szkołę, rodzinę, grupę rówieśniczą oraz czynniki indywidualne (Oblacińska, 2006, s. 9–15).

Zainteresowanie behawioralnymi czynnikami warunkującymi zdrowie rozpoczęło się w latach 50. XX stulecia, począwszy od badań Meyera Friedmana i Raya Rosenmana, analizujących wzór zachowania A u pacjentów dotkniętych chorobą niedokrwienną serca. Obserwując osoby, które przeżyły zawał serca, autorzy ci opisali specyficzny model życia, będący w rzeczywistości zbiorem cech osobowości, stylów percepcyjnych i przekonań, angażujących jednostki w permanentną walkę o zdobycie jak największej liczby celów w możliwie krótkim czasie. Pacjenci, którzy przeżyli ostry incydent wieńcowy, zazwyczaj cechowali się skłonnością do współzawodnictwa, potrzebą awansu i uznania społecznego (Friedman, Rosenman, 1959, s. 1286–1296; Sheridan, Radmacher, 1998, s. 377–388). Na pełny obraz wzoru zachowania A składa się skrajna rywalizacja, walka o osiągnięcia, agresywność, pobudliwość, poczucie presji czasu, pośpiech i niecierpliwość, subiektywne odczucie nadmiernej odpowiedzialności oraz tendencja do dominacji (Wrześniewski, 2003, s. 493–512). Dane empiryczne zebrane w toku późniejszych badań potwierdziły również związek wzoru zachowania A z rozwojem innych chorób, w tym choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy, sugerowany jest również związek z chorobą reumatyczną (Dolińska-Zygmunt, 2001, s. 169–189).

Przeciwnieństwem wzoru zachowania A jest sprzyjający utrzymaniu zdrowia wzór zachowania typu B. Osoby o tym wzorze zachowania mają

niższą potrzebę osiągnięć, są nastawione do życia mniej walecznie, nie spieszą się i łatwiej się relaksują. Niższa potrzeba rywalizacji i dominacji ma związek z rzadszym zachorowaniem na choroby somatyczne, co tłumaczy się między innymi w lepszym i mniej emocjonalnym przeżywaniu sytuacji stresowych przez osoby z wzorem zachowania B, co nie powoduje przedłużania się oddziaływania fizjologicznych komponentów chronicznie przeżywanych stanów emocjonalnych (złość). Ponadto osoby te częściej i chętniej podejmują zachowania prozdrowotne, prowadzą bardziej higieniczny tryb życia. Swobodna ekspresja emocji jest czynnikiem warunkującym zachowanie zdrowia. Badania dzieci z czynnościowymi bólami brzucha wykazały, że internalizacja gniewu jest w tej grupie większa niż u zdrowych rówieśników. Ponadto przeprowadzone badania wpływu składowych WZA na powstawanie i kliniczny przebieg niestrawności czynnościowej wskazują, że osoby z czynnościowym bólem brzucha plasują się bardziej w kierunku wzoru zachowania B niż WZA. Ponadto redukcja wrogości, niecierpliwości i pośpiechu towarzyszy większej częstotliwości doznań bólowych, podczas gdy większe nasilenie tych składowych ma związek z występowaniem symptomów zaburzeń czynności motorycznej przewodu pokarmowego (J a n o w s k a i in., 2004, s. 1326–1330; R a d z e w i c z - W i n n i c k i, 2006).

Szkodliwość WZA zawiera się na kilku płaszczyznach oddziaływania. Mechanizmy pośrednie obejmują zwiększone ryzyko narażenia na konfrontację z sytuacją stresową, czego konsekwencją jest pobudzenie układu wegetatywnego. Mechanizmy specyficzne wiążą się z wytwarzaniem charakterystycznych wzorów percepcyjnych, prowadzących do łatwego postrzegania sytuacji jako zagrożenia pozycji, niebezpieczeństwa utraty dominacji itp., co pociąga za sobą pobudliwe wzory reagowania emocjonalnego, obejmujące erupcję negatywnych emocji z przewagą gniewu i złości.

Kształtowanie się wzorów percepcyjnych i wzorców reagowania emocjonalno-wegetatywnego pozostaje w ścisłym związku z poczuciem koherencji jednostki, na które składa się – podążając za autorem pojęcia poczucia koherencji Aaronem Antonovskym – poczucie „pewności, że wewnętrzne i zewnętrzne środowiska są przewidywalne i że istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że sprawy potoczą się tak, jak można to sensownie przewidzieć” (A n t o n o v s k y, 1997, s. 206–231). Istotą tej kategorii jest uogólniony emocjonalno-poznawczy styl pojmowania świata, składający się z trzech głównych komponentów wyrażających przekonanie o tym, że:

- informacje docierające do człowieka ze środowiska zarówno wewnętrznego, jak i zewnętrznego są spójne strukturalnie, sensowne i przewidywalne (komponent zrozumiałości);

- posiadane zasoby osobiste są wystarczające i adekwatne, aby sprostać wymaganiom stawianym przez sytuacje, w których jednostka może się znaleźć (komponent zaradności);
- wymagania sytuacyjne są postrzegane przez jednostkę jako wyzwanie, któremu może ona sprostać, tym samym stosowne jest podjęcie zaangażowania i działania (komponent sensowności).

Ludzie z wysokim poczuciem koherencji wykazują większą gotowość do korzystania z własnych zasobów. Przeświadczenie, że życie jest sensowne, przewidywalne i uporządkowane, motywuje do podejmowania działań prozdrowotnych, planowania i dalszego rozwoju osobistego. Wysokie poczucie koherencji wiąże się ponadto z prawdopodobieństwem postrzegania sytuacji trudnych jako wyzwań, z którymi jednostka zмага się dysponując odpowiednim i wystarczającym zapleczem zasobów. Tym samym wysokie poczucie koherencji modeluje styl radzenia sobie ze stresem w stronę czynności zadaniowych, chroniących przed niekorzystnym działaniem stresu na zdrowie (Antonovsky, 1997, s. 206–231; Dolińska-Zygmont, 2001, s. 19–31). Według Autora, w procesie kształtowania się poczucia koherencji istotną rolę odgrywają zarówno zgeneralizowane zasoby odpornościowe, na które składają się równolegle czynniki fizjologiczne obok wykształcenia, pozycji zawodowej i dyspozycji intelektualnych, jak i doświadczenia człowieka wyniesione w trakcie rozwoju, własnej aktywności w konfrontacji z określonym kontekstem społeczno-kulturowym i polityczno-ekonomicznym. W badaniu grupy dzieci z dyspepsją czynnościową stwierdzono, że wszystkie składowe poczucia koherencji sprzyjają ustępowaniu dolegliwości somatycznych w czasie leczenia.

W konkluzji warto wyrazić nadzieję, że zainteresowanie reprezentantów nauk humanistycznych zagadnieniami tzw. czynnościowych zaburzeń zdrowia pozwoli opracować skuteczne strategie profilaktyczne, odnoszące się do modyfikacji wartości i przekonań społecznych leżących u podstawy niekorzystnych oddziaływań psychospołecznych, stanowiących jedno z głównych ogniw w rozwoju zaburzeń homeostazy jednostek. Udział psychologów w zespołach zajmujących się diagnozowaniem oraz terapią zaburzeń czynnościowych może przyczynić się do ustalenia skutecznego schematu postępowania. Obserwacje kliniczne pacjentów uskarżających się na choroby czynnościowe przewodu pokarmowego wskazują, że osoby te uzyskują znaczną redukcję objawów po stosowaniu placebo, sięgającą nawet 20–60%. Przyjęcie modelu biopsychospołecznej etiologii zaburzeń czynnościowych implikuje przypisanie szczególnej roli przyjmowanej strategii terapeutycznej obejmującej oddziaływania behawioralne i psychoterapię dzieci oraz ich rodzin. Treningi relaksacyjne, szkolenie poznawczych stylów radzenia sobie oraz rozwijanie umiejętności

ści samodzielnej administracji wzmocnień pozytywnych obok poznawczej terapii rodzin okazały się skutecznymi metodami postępowania w czynnościowych bólach brzucha (S a n d e r s et al., 1994, s. 306–314). Sama akceptacja przez pacjenta i jego rodzinę diagnozy czynnościowego charakteru dolegliwości ma przynosić redukcję objawów szacowaną na 30–50% w ciągu kilku tygodni. Warto wspomnieć o kilku doniesieniach wskazujących na skuteczność zabiegów hipnotycznych stosowanych u pacjentów z dyspepsją czynnościową oraz z zespołem jelita drażliwego, po których wykazano redukcję nasilenia dolegliwości oraz obiektywne zmniejszenie kurczliwości jelita i nadwrażliwości trzewnej, a także normalizację aktywności przedniej części zakrętu obręczy, rejonu związanego z odczuwaniem dolegliwości ze strony jamy brzusznej (C a l v e r t et al., 2002, s. 1778–1785; H a u g h t o n et al., 2002, s. 701–704; A r g a w a l, W h o r w e l l, 2005, s. 49–50). Integracja zespołów terapeutycznych obejmujących specjalistów z różnych dyscyplin: pediatry, gastrologa, psychologa, psychiatry i edukatora, prawdopodobnie pozwoli na osiągnięcie lepszych skutków stosowanych oddziaływań terapeutycznych, których ostatecznym celem będzie pomoc pacjentowi w powrocie do prawidłowego funkcjonowania w środowisku, a nie jedynie ustąpienie bólu i dolegliwości dyspeptycznych (R y ż k o, 2002, s. 83–88).

Liczne wyniki badań dowodzą o oddziaływaniu szeregu różnorodnych czynników, zarówno zdrowotnych, jak i psychospołecznych. Wzięcie ich pod uwagę może mieć istotne znaczenie dla oczekiwanej socjalizacji zdrowotnej zarówno pacjentów, jak i wychowanków, stając się tym samym sprawnym narzędziem społecznych strategii profilaktycznych.

Bibliografia

- American Academy of Pediatrics Subcommittee on Chronic Abdominal Pain and NASPGHAN Committee on Abdominal Pain, 2005: *Chronic Abdominal Pain in Children: A Clinical Report of the American Academy of Pediatrics and the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition*. "Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition", Vol. 40.
- Antonovsky A., 1997: *Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia*. W: *Psychologia zdrowia*. Red. I. Heszen-Niejodek, H. Sęk. Warszawa.
- Apley J., Naish N., 1958: *Recurrent abdominal pains: a field survey of 1000 school children*. "Archives of Disease in Childhood", Vol. 33.
- Argawal A., Whorwell P., 2005: *Hypnotherapy for Irritable Bowel Syndrome: A Role in Pediatric Practice?* "Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition", Vol. 41.

- Barbara G., Stanghellini V., De Giorgio R., Cremon C., Cottrell G., Santini D., Pasquinelli G., Morselli-Labate A., Grady E., Bunnett N., Collins S., Corinaldesi R., 2004: *Activated mast cells in proximity to colonic nerves correlate with abdominal pain in irritable bowel syndrome*. "Gastroenterology", Vol. 126 (3).
- Bennett E., Evans P., Scott A., Badcock C., Shuter B., Hoeschl R., Tennant C., Kellow J., 2000: *Psychological and sex features of delayed gut transit in functional gastrointestinal disorders*. "Gut", Vol. 46.
- Bennett E., Piesse C., Palmer K., Badcock C., Tennant C., Kellow J., 1998: *Functional gastrointestinal disorders: psychological, social, and somatic features*. "Gut", Vol. 42.
- Calvert E., Houghton L., Cooper P., Morris J., Whorwell P., 2002: *Long-term improvement in functional dyspepsia using hypnotherapy*. "Gastroenterology", Vol. 123 (6).
- Campo J., Bridze J., Lehmann M., Altman S., Lucas A., Birmaher B., DiLorenzo C., Iyengar S., Brent D., 2004: *Recurrent Abdominal Pain, Anxiety, and Depression in Primary Care*. "Pediatrics", Vol. 113.
- DiLorenzo C., 2005: *Abdominal Pain: Is It in the Gut Or in the Head?* "Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition", Vol. 41.
- Dolińska-Zygmunt G., 2001: *Orientacja salutogenetyczna w problematyce zdrowotnej. Model Antonovsky'ego*. W: *Podstawy psychologii zdrowia*. Red. G. Dolińska-Zygmunt. Wrocław.
- Dolińska-Zygmunt G., 2001: *Psychologiczne uwarunkowania podatności na choroby*. W: *Podstawy psychologii zdrowia*. Red. G. Dolińska-Zygmunt. Wrocław.
- Drossman D., Creed F., Olden K., Svedlund J., Toner B., Whitehead W., 1999: *Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders*. "Gut", Vol. 45 (Suppl II).
- Drossman D.A., 2006: *The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process*. "Gastroenterology", Vol. 130.
- El-Serag H., Talley N., 2004: *The Prevalence and Clinical Course of Functional Dyspepsia*. "Alimentary Pharmacology and Therapeutics", Vol. 19, (6).
- Friedman M., Rosenman R., 1959: *Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings*. "Journal of the American Medical Association", Vol. 169.
- Gwee K., Leong Y., Graham C., McKendrick M., Collins S., Walters S., Underwood J., Read N., 1999: *The role of psychological and biological factors in postinfective gut dysfunction*. "Gut", Vol. 44.
- Houghton L., Calvert E., Jackson N.A., Cooper P., Whorwell P., 2002: *Visceral sensation and emotion: a study using hypnosis*. "Gut", Vol. 51.
- Holtman G., Sifert W., Haag S., Mueller N., Langkafel M., Senf W., Zotz R., Talley N.J., 2004: *G-Protein $\beta 3$ Subunit 825 CC Genotype Is Associated With Unexplained (Functional) Dyspepsia*. "Gastroenterology", Vol. 126.
- Hotopf M., Carr S., Mayou R., Wadsworth M., Wessely S., 1998: *Why do children have chronic abdominal pain, and what happens to them when they grow up? Population based cohort study*. BMJ, Vol. 316.
- Hotopf M., Mayou R., Wadsworth M., Wessely S., 1999: *Childhood Risk Factors for Adults With Medically Unexplained Symptoms: Result From a National Birth Cohort Study*. "American Journal of Psychiatry", Vol. 156.

- Hyams J., Burke G., Davis P., Rzepski B., Andrulonis P., 1996: *Abdominal pain and irritable bowel syndrome in adolescents: A community based study*. "Journal of Pediatrics", Vol. 129.
- Hyams J., Davis P., Sylvester F., Zeiter D., Justinich C., Lerer T., 2000: *Dyspepsia in Children and Adolescents: A Prospective Study*. "Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition", Vol. 30.
- Janowska M., Radziewicz-Winnicki I., Grzybowska-Chlebowski U., Woś H., 2004: *Sposób ekspresji gniewu oraz system stosowanych wobec dzieci kar i nagród w czynnościowych bólach brzucha u młodzieży szkolnej*. „Standardy Medyczne”, nr 12.
- Jodkowska M., 2006: *Samoocena zdrowia i wyglądu*. W: *Zdrowie subiektywne, zadowolenie z życia i zachowania zdrowotne w kontekście czynników psychospołecznych i ekonomicznych. Raport z badań*. Red. A. Oblacińska, B. Woynarowska. Warszawa.
- Karczewska K., 1997: *Odrębności fizjopatologiczne i kliniczne chorób przewodu pokarmowego dzieci i młodzieży*. "Annales Academiae Medicae Silesiensis", Vol. 32. Supl. 24.
- Locke G., Weaver A., Melton L., Talley N., 2004: *Psychosocial Factors are Linked to Functional Gastrointestinal Disorders: A Population Based Nested Case-Control Study*. "American Journal of Gastroenterology", Vol. 99 (2).
- Oblacińska A., 2006: *Informacja o badaniach*. W: *Zdrowie subiektywne, zadowolenie z życia i zachowania zdrowotne w kontekście czynników psychospołecznych i ekonomicznych. Raport z badań*. Red. A. Oblacińska, B. Woynarowska. Warszawa.
- Radziewicz-Winnicki I., 2006: *Ocena czynników psychosomatycznych u dzieci w wieku szkolnym z dyspepsją czynnościową*. Katowice. [Rozprawa doktorska].
- Ryżko J., 2002: *Kompleksowe postępowanie terapeutyczne w bólach brzucha u dzieci*. „Standardy Medyczne”, T. 4, nr 3, Supl.
- Sanders M., Shepherd R., Cleghorn G., Woolford H., 1994: *The treatment of recurrent abdominal pain in children: a controlled comparison of cognitive-behavioral family intervention and standard pediatric care*. "Journal of Consulting and Clinical Psychology", Vol. 62.
- Shaib Y., El-Serag H., 2004: *The Prevalence and Risk Factors of Functional Dyspepsia in a Multiethnic Population in the United States*. "American Journal of Gastroenterology", Vol. 99 (11).
- Sheridan C., Radmacher S., 1998: *Psychologia zdrowia*. Warszawa.
- Soykan I., Sivri B., Sarosiek I., Kiernan B., McCallum R., 1998: *Demography, Clinical Characteristics, Psychological and Abuse Profiles, Treatment, and Long-Term Follow-up of Patients with Gastroparesis*. Dig Dis Sci, Vol. 43 (11).
- Strelau J., 2003: *Osobowość jako zespół cech*. W: *Psychologia*. Red. J. Strelau. T. 1. Gdańsk.
- Szewczyk L., 1997: *Reakcje emocjonalne a aktywność katecholaminergiczna u dzieci w sytuacji przewlekłego stresu*. „Roczniki Filozoficzne”, nr 65.
- Szewczyk L., 2003: *Psychofizjologiczne mechanizmy i symptomatologia zaburzeń psychosomatycznych u dzieci i młodzieży*. W: *Zaburzenia psychosomatyczne u dzieci i młodzieży. Teoria i praktyka*. Red. L. Szewczyk, M. Skowrońska. Warszawa.
- Syrek E., 2001: *Wstęp*. W: *Jakość życia w chorobie*. Red. E. Syrek. Kraków.
- Thumshirn M., 2002: *Pathophysiology of functional dyspepsia*. "Gut", Vol. 51 (Suppl I).
- Titkow A., 1976: *Zachowanie związane ze zdrowiem i chorobą jako element wiedzy o społeczeństwie*. „Studia Socjologiczne”, nr 3.

- Van Den Wijngaard R., Welting O., de Jonge W., Boeckxstaenes G., 2005: *Parental Care, Mast Cells and Visceral Hypersensitivity*. "Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition", Vol. 41.
- Wolańczyk T., Bryńska A., 2003: *Zaburzenia psychosomatyczne w psychiatrii dzieci i młodzieży*. W: *Zaburzenia psychosomatyczne u dzieci i młodzieży. Teoria i praktyka*. Red. L. Szewczyk, M. Skowrońska. Warszawa.
- Wrześniewski K., 1993: *Styl życia a zdrowie. Wzór zachowania A*. Warszawa.
- Wrześniewski K., 2003: *Psychologiczne uwarunkowania powstawania i rozwoju chorób somatycznych*. W: *Psychologia*. T. 3. Red. J. Strelau. Gdańsk.