

Sveučilište J.J. Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

Kristina Rajski

**Zdravlje je odraz unutarnjeg mira: uzroci i liječenje  
psihosomatskih bolesti**

Završni rad

Mentor: doc. dr. sc. Ivana Marčinko

Osijek, 2017

Sveučilište J.J. Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet Osijek

Odsjek za psihologiju

Studij psihologije

Kristina Rajski

**Zdravlje je odraz unutarnjeg mira: uzroci i liječenje  
psihosomatskih bolesti**

Završni rad

Područje društvenih znanosti, polje psihologije, klinička i zdravstvena  
psihologija

Mentor: doc. dr. sc. Ivana Marčinko

Osijek, 2017.

# SADRŽAJ

1. UVOD .....	1
2. ŠTO SU PSIHOSOMATSKE BOLESTI.....	3
2.1 Klasifikacija psihosomatskih bolesti .....	4
2.2 Razlika između somatoformnih i psihosomatskih poremećaja .....	4
3. TEORIJE O UZROCIMA PSIHOSOMATSKIH BOLESTI.....	5
3.1 Psihoanalitički pristup interpretaciji uzroka psihosomatskih bolesti.....	5
3.2 Interpretacija uzroka psihosomatskih bolesti na temelju strukture ličnosti.....	7
3.3 Teorije stresa kao objašnjenje psihosomatskih bolesti .....	8
3.4 Neuroznanstveni pristup o uzroku psihosomatskih bolesti .....	10
4. LIJEČENJE PSIHOSOMATSKIH BOLESTI .....	11
4.1 Kognitivno bihevioralna terapija.....	11
4.2 Terapija plesom i pokretom.....	12
4.3 Terapija yogom.....	12
4.4 Pet terapija.....	13
4.5 Tehnika biofeedback-a .....	13
4.6 Autogeni trening.....	14
5. ZAKLJUČAK .....	15

# **Zdravlje je odraz unutarnjeg mira: uzroci i liječenje psihosomatskih bolesti**

## **SAŽETAK**

Psihosomatskim bolestima se smatraju sva organska oboljenja u čijem nastanku glavnu ulogu imaju psihološki faktori. Objasnjavanje uzroka psihosomatskih oboljenja ovisi o pristupu znanstvenika. Ovim radom će se objasniti psihoanalitičko poimanje uzroka psihosomatskih bolesti (S. Freud i F. Alexander) prema kojem je nesvjesni sukob u pojedincu i njegovo simboličko ispoljavanje kroz organe uzrok bolesti. Nadalje, prikazat će se i pristup kojim se pojavnost ovih bolesti tumačiti kroz strukturu ličnosti (H.F.Dunbar). Ovim radom obuhvaćeno je i stajalište kako je stres uzrok ovih bolesti (H. Wolff i H. Selye). Poblje će se objasniti i neuroznanstveni pristup kojim se pokušavaju razjasniti procesi u mozgu za vrijeme stresnih okolnosti (J. LeDoux). Tretmani liječenja psihosomatskih oboljenja su kompleksni jer je i samo oboljenje kompleksno. Nužno je djelovati na fizičkoj razini odnosno djelovati kako bi došlo do oporavka organa i tkiva. Liječenje uključuje i djelovanje na psihičkoj razini, tj. omogućiti pojedincu da se pravilno nauči nositi sa stresom. Takvo liječenje je moguće pomoću raznolikih tretmana: kognitivno-bihevioralna terapija, terapija jogom, terapija plesom i pokretom, tehnika biofeedbacka, autogeni trening, koji će ovim radom biti poblje opisani.

**Ključne riječi:** psihosomatske bolesti; uzroci; liječenje

# 1. UVOD

Stres je sastavni dio svakidašnjeg života i odnosi se na stanje u kojem je poremećena unutrašnja ravnoteža organizma. Takvo stanje zahtjeva ulaganje napora na prilagodbu takvoj situaciji. Raznoliki podražaji mogu izazvati stres kod pojedinaca. Prisutnost podražaja ne izaziva stres sam po sebi nego ga izaziva subjektivno značenje koje pojedinac pridaje tom podražaju. Dakle, ovisno o pojedincu i njegovoj percepciji događaja ovisi hoće li doći do stresnog doživljaja. Pod utjecajem stresa u organizmu događaju se razne promjene koje u nekim uvjetima mogu izazvati određene bolesti.

Psihosomatskim bolestima smatraju se sva organska oboljenja koja su uzrokovana stresom, tj. psihološkim čimbenicima. Stres može djelovati na sve sustave u tijelu od gastrointestinalnog i kardiovaskularnog pa sve to dermatološkog, endokrinološkog i reumatološkog. Kod objašnjavanja uzroka psihosomatskih bolesti postoje specifične i nespecifične teorije. Prema specifičnim teorijama psihosomatske bolesti su uzrokovane specifičnim psihološkim konfliktima. Specifične teorije psihosomatskih bolesti razlikuju se ovisno o objašnjavanju mehanizma nastanka bolesti pa tako razlikujemo teorije H. F. Dunbar, S. Freuda i F. Alexandera. Jedan od prvih primjera takve teorije je teorija H. F. Dunbar (1953). Ona je pretpostavljala da su osobe s određenim crtama ličnosti podložnije nastanku i razvitku nekih bolesti. Freud (1973) je kroz istraživanje drugih koncepata spoznao o nastanku psihosomatskih bolesti. Prvo se usmjerio na objašnjavanje etiologije konverzivne histerije, a tek je kasnije zaključio da se nesvjesni konflikti simbolički izražavaju kroz organske bolesti. Alexander (1950) smatra kako specifični nesvjesni konflikti rezultiraju specifičnim bolestima organa. On pretpostavlja da ti konflikti uzrokuju anksioznost koja signalizira da je ego u opasnosti. Specifične emocionalne reakcije aktiviraju simpatički ili parasimpatički sustav te posljedično dolazi do oštećenja viscelarnih organa. Do oštećenja organa dolazi zbog pretjerane inervacije živčanog sustava uzrokovanog potisnutim konfliktima. U drugu ruku, postoje i nespecifične teorije koje smatraju da je uzrok ovih bolesti odgovor organizma na stres (Kaplan i Kaplan, 1957). Teorije Wolffa (1950; prema: Kaplan i Kaplan, 1957) i Selye-a (1956) jedne su od najznačajnijih. Wolffov glavni doprinos na području psihosomatike su eksperimentalne metode kojima je otkrio fiziološke i patološke promjene na organima tijekom uobičajenih životnih situacija i tijekom stanja velikog emocionalnog stresa. Selye (1956)

smatra psihosomatske bolesti kao nusprodukt pokušaja tijela da se adaptira na stres. Na kraju će biti opisan još jedan pristup koji ne spada niti u specifične niti u nespecifične teorije, a to je neuroznanstveni pristup J. LeDoux (2012). On je otkrio dva odvojena neuronska puta preko kojih organizam reagira na stresne događaje. Prvi put omogućuje brze emocionalne reakcije u stresnim situacijama, dok drugi put uspoređuje bazu postojećeg znanja s podražajem kojeg prima kako bi utvrdio je li taj podražaj opasan ili ne.

Liječenje psihosomatskih bolesti je kompleksno i zahtjeva integraciju različitih metoda koje primjenjuju stručnjaci iz različitih područja. *Kognitivno bihevioralna terapija* je najučinkovitija u liječenju psihosomatskih bolesti. Osim psihoterapije mogu se koristiti i neki od alternativnih pristupa koji uključuju *Terapiju plesom i pokretom*, *Yoga terapiju*, *Autogeni trening* i *Pet terapiju*. Svi alternativni pristupi koriste se kao sredstvo lakšeg izražavanja emocija i strahova. Također doprinose razvoju pozitivne slike o sebi i drugima, smanjuju anksioznost i napetost i omogućuju kontrolu vlastitih misli i osjećaja. *Tehnika biofeedback-a* jedna je od tehnika u koje se polaže najviše nade za liječenje psihosomatskih bolesti. Ona omogućuje pojedincu da stekne uvid u to što se događa u njegovom tijelu. U većini slučajeva pojedinac nije svjestan da tijelo reagira na stres. Dobivanjem informacija o tome što se događa u tijelu, pojedinac može uspješno kontrolirati situacije i koristiti relaksacijske metode kada se nalazi u uvjetima psihološkog stresa (Havelka, 2002).

S obzirom na navedeno, u prvom dijelu ovog rada osvrnuti ćemo se na pojam psihosomatskih bolesti te kako se on mijenjao kroz određena razdoblja u prošlosti. Nakon toga slijedi pregled različitih pristupa i njima sukladnih teorija pomoću kojih se u psihološkoj literaturi objašnjavaju uzroci nastanka psihosomatskih bolesti. U tom dijelu nudi se pregled psihoanalitičkih teorija stresa pa sve do neuroznanstvenih interpretacija ovih bolesti. U zadnjem dijelu daje se pregled suvremenih terapijskih pristupa liječenju ovih stanja uključujući *Terapiju plesom i pokretom*, *Terapiju jogom*, *Pet terapiju*, *Autogeni trening* i *Biofeedback-om*.

## 2. ŠTO SU PSIHOSOMATSKE BOLESTI

Pojam „psihosomatike“ nastao je spajanjem grč. riječi „psyche“ (duša) i „soma“ (tijelo). Psihosomatske bolesti podrazumijevaju organsku bolest koja je uzrokovana psihološkim faktorima. U razvoju same bolesti važnu ulogu imaju obrambene sposobnosti pojedinca, zdravstveno stanje organizma, naslijeđene osobine i socijalni utjecaj koji uključuje socijalnu podršku, kulturu itd.

Psihosomatske bolesti prvo stvaraju reverzibilne, a zatim i ireverzibilne promjene na organima. Radi boljeg razumijevanja što uključuje reverzibilne, a što ireverzibilne promjene potrebno je razjasniti pojam psihosomatskih poremećaja i psihosomatskih bolesti te razliku između njih. *Psihosomatski poremećaji* su u početku funkcionalni te nema vidljivih tjelesnih oštećenja, a samim tim ni posljedica na organe. Nakon određenog vremena, koje varira od pojedinca do pojedinca, dolazi do trajnog oštećenja tkiva i organ (Havelka,2002). Stanje u kojem je došlo do trajnog oštećenja organa i tkiva nazivamo *psihosomatskom bolešću*. U slučaju ne liječenja ovog stanja dolazi do trajnog narušavanja pojedinčeve kvalitete života.

Prema klasifikaciji ranih psihoanalitičara psihosomatske bolesti su bronhalna astma, reumatoidni artritis, ulcerozni kolitis, esencijalna hipertenzija, neurodermatitis, tireotoksikoza i ulkusna bolest (Alexander, 1950; prema Begić, 2014). Razvojem istraživanja i eksperimentalnim provjerama u području psihosomatike došlo je do proširenja liste tjelesnih poremećaja u čijem nastanku značajnu ulogu imaju psihološki faktori. Mogu se podijeliti s obzirom na organski sustav unutar kojeg se bolest javlja. To su: kardiovaskularni (hipertenzija, tahikardija, angina pektoris, infarkt miokarda, i dr.), respiratorni (astma, tuberkuloza), endokrinološki (šećerna bolest, hipoglikemija), gastrointestinalni (mučnina, povraćanje, gastritis, čir na želucu), dermatološki (akne, neurodermatitis) i dr. (Vulić-Prtorić, 2005). Također su poznati i mnogi poremećaji i bolesti gdje je stres jedan od rizičnih faktora za razvoj bolesti, no one se ne klasificiraju kao psihosomatske. U njih ubrajamo: rak, tuberkulozu, prehladu (Havelka,2002).

## 2.1 Klasifikacija psihosomatskih bolesti

Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10, World Health Organisation, 1994) je raniji pojam psihosomatskih bolesti zamijenila s kategorijom „Psihološki i bihevioralni čimbenici vezani s drugamo svrstanim poremećajima ili bolestima“ (F54). Prema MKB-10 bolest se može smatrati „psihosomatskom“ ako je utjecaj psiholoških čimbenika povezan sa somatskim oboljenjem ili ima značajan utjecaj na sam tijek somatskog oboljenja (Tomić, 2003). U tu kategoriju svrstavaju se: astma (F54 i J45), dermatitis (F54 i L23- 25), čir na želucu (F54 i K25), mukozni kolitis (F54 i K58), ulcerativni kolitis (F54 i K51) i urtikarija (F54 i L50). MKB-10 dozvoljava da se psihosomatski poremećaji kodiraju s dva koda. Jedan kod pridaje se za fizički dio bolesti, a drugi kod za psihički dio bolesti. Na primjer gastrični ulkus kodira se s K25 kao fizički poremećaj, a s F53 kao mentalni poremećaj (Gregurek i Braš, 2009).

U Dijagnostičkom i statističkom priručniku za klasifikaciju mentalnih poremećaja (DSM 5, American Psychiatric Association, 2013) ne upotrebljava se pojam psihosomatskih bolesti već psihološki čimbenici koji djeluju na somatsko stanje kao “Jedan ili više psiholoških problema ili oblika ponašanja koji su štetni i značajno utječu na opće tjelesno stanje ili povećavaju osobni rizik od nepovoljnog ishoda”.

Unatoč tome što se termin psihosomatske bolesti više ne koristi, neki se autori i dalje zalažu za taj pojam (Tomić, 2003) jer prema njima on bolje opisuje interakciju između duha i tijela, dok koncepti u gore navedenim klasifikacijama ne podrazumijevaju da psihički faktori utječu na nastanak fizičkih oboljenja.

## 2.2 Razlika između somatoformnih i psihosomatskih poremećaja

Somatoformni i psihosomatski poremećaji dvije su kategorije bolesti koje se iznimno razlikuju prema patogenezi i psihodijagnostici, no imaju vrlo slične kliničke manifestacije (Tomić, 2003). Karakteristično za ove dvije vrste poremećaja je to što dolazi do fizičkih simptoma koji su pod utjecajem psihičkih faktora. Glavna razlika je ta što kod psihosomatskih poremećaja dolazi do oštećenja tkiva i organa koji se potvrđuju medicinskim nalazima. S druge strane, somatoformni poremećaji obuhvaćaju simptome na temelju kojih se može



pretpostaviti da postoji neko fizičko oboljenje, no medicinskim nalazima nije moguće utvrditi organsko oštećenje. Na primjer, osoba može patiti od povraćanja ili bolova u nekim dijelovima tijela, no medicinskim ispitivanjima nije moguće utvrditi zašto dolazi do tih stanja (Tomić, 2003).

### **3. TEORIJE O UZROCIMA PSIHOSOMATSKIH BOLESTI**

Rani psihosomatičari smatrali su kako je uzrok bolesti emocionalni sukob ili sukob karaktera osobnosti, no ovakav pojednostavljen pristup se napustio. Danas se većina tjelesnih oboljenja interpretira kroz međuodnos fizičkih i psihičkih faktora, pa tako da suvremeni pristupi uzroke psihosomatskih bolesti na isti način interpretiraju.

#### **3.1 Psihoanalitički pristup interpretaciji uzroka psihosomatskih bolesti**

S. Freud (1973) je smatrao kako se psihološki problemi simbolički izražavaju kroz tjelesne poremećaje. Taj proces se naziva konverzija. To je aktivan proces razrješavanja nesvjesnih konflikata i oprečnih impulsa na tjelesnoj razini. Primarnim uzrokom konverzivne histerije smatrao je simboličko premještanje nesvjesnog i iracionalnog psihičkog konflikta na organe, odakle dolazi do tjelesnih oštećenja. Osoba nije našla shodan način suočiti se sa svojim konfliktima ili nije izrazila potisnute emocije. One najčešće vuku korijene iz djetinjstva što uzrokuje javljanje tjelesnih simptoma.

Franz Alexander (1950) je zaslužan za razvijanje psihoanalitičke teorije stresa unutar koje je objasnio kako psihološki faktori mogu uzrokovati organska oštećenja. Ovaj autor ukazuje da se psihosomatske bolesti javljaju kada postoji tjelesna predispozicija organizma za pojavu neke bolesti i kada postoje određene potisnute emocije (agresija i ljubomora) i neriješeni konflikti u nesvjesnom. Te potisnute emocije i neriješeni konflikti obično nastaju tijekom razvoja ličnosti te su izazvane nekim traumama. S obzirom da se osoba mora osloboditi emocionalne napetosti, jedan od načina izražavanja su psihosomatski simptomi. Oni predstavljaju simboličko izražavanje tih potisnutih emocija. Ta pojava dovodi do tzv. „neuroze organa“, što dovodi do organskih poremećaja. Uzmimo za primjer osobu koja je

tijekom oralne faze razvoja bila zanemarena. U oralnoj fazi najveće zadovoljstvo proizlazi iz sisanja i hranjenja. U slučaju da potrebe osobe u toj fazi nisu bile zadovoljene, smatra se kako će one postati depresivne ili ovisne i doći će do regresije u tu fazu. Zbog toga dolazi do konflikta u odrasloj dobi. Kako bi se energija tog konflikta otpustila dolazi do inervacije parasimpatičkog živčanog sustava koji je povezan s povećanim izlučivanjem želučane kiseline. Ako je parasimptički sustav kronično pobuđen kod osjetljivih osoba dolazi do razvoja peptičkog ulkusa (Kaplan i Kaplan, 1957).

S vremenom ova teorija je odbačena jer se pretpostavljalo da su psihosomatski pacijenti aleksitimični. Aleksitimija je stanje u kojem osoba ima problema s razlikovanjem pojedinačnih emocija. Također ima i problema s razlikovanjem emocija i tjelesnih osjeta (Gregurek i Braš, 2009). S obzirom na pretpostavku o aleksitimiji ovih pacijenata njihovi psihosomatski simptomi nemaju značenje, odnosno nisu povezani s potisnutim emocijama i nesvjesnim konfliktima. Psihosomatski simptomi predstavljaju reakciju na stres koji se jedino na taj način može ispoljiti.

Na kraju 20. stoljeća došlo je do ponovnog oživljavanja Alexandrovih učenja. Grupa psihoanalitičara predvođeni Wilsonom su tvrdili da su psihosomatski simptomi povezani s nerješanim konfliktima u nesvjesnom. Korištenjem analitičkih metoda uspjeli su olakšati, a kod nekih pacijenata čak i ukloniti psihosomatske simptome. Ti simptomi su povezani s ranim fazama razvoja: oralnom i analnom te su posljedica neuspješne separacije od roditelja, premale ili pretjerane stimulacije, zanemarivanja i blokiranog bijesa. Super-ego tih pacijenata ne dozvoljava im izražavanje tih potisnutih konflikata i emocija, stoga nastaju organska oštećenja (Oliner, 1991). Nagoni koji dolaze od super-ega su velikim dijelom nesvjesni. Super-ego socijalno prihvatljiva ponašanja potiče, a neprihvatljiva koči. Strogi super-ego ima veliki utjecaj na odnose s drugim ljudima, bilo u osobnom ili poslovnom životu. Osobe s ovakvim super-egom sklone su intenzivnom radu, perspektivnim postignućima i željom za neprestanim napretkom. Na taj način odupiru se suočavanju s konfliktima u nesvjesnom dijelu ličnosti.

Nedostatak ovog pristupa, kao i cijele psihoanalitičke teorije, jest što ju je nemoguće dokazati objektivnim i znanstvenim metodama. Također, u objašnjenjima psihosomatskih bolesti jako veliki značaj daje se ranim traumatskim iskustvima. Kada dijete doživi ta iskustva

dolazi do oštećenja specifičnih organa i kod tih organa se kasnije javljaju psihosomatski poremećaji i bolesti. Međutim, nemoguće je utvrditi koji su organi najpodložniji traumama. Također je nemoguće empirijski utvrditi povezanost između iskustva iz ranog djetinjstva s fiziološkim promjenama koje se javljaju kasnije u životu (Mechanic, 1962; prema: Havelka, 2002).

Zbog gore navedenih razloga psihoanalitički pristup pokazao se neodostatnim za potpuno razumijevanje uzroka psihosomatskih bolesti. Unatoč tome što se znanstvenim putem njihove pretpostavke ne mogu utvrditi, njihov doprinos je i dalje značajan jer su potakle razvitak kasnijih teorija i provedbe istraživanja na ovu temu.

### **3.2 Interpretacija uzroka psihosomatskih bolesti na temelju strukture ličnosti**

H. F. Dunbar (1953; prema Wolman, 1988) u svojim je radovima izložila koncept o psihološkoj strukturi ličnosti o kojoj ovisi hoće li pojedinac, kada se nađe u stresnoj situaciji, oboljeti od psihosomatske bolesti. Opisala je koronarnu, ulkusnu, dijabetičnu i traumatofilnu ličnost, a do danas se u literaturi zadržao samo koronarni tip ličnosti, karakteriziran urednošću, točnošću, tvrdoglavošću, željom za natjecanjem. Pojedinci s visokom razinom samokontrole i s izraženom crtom perfekcionizma u velikom su riziku od nastajanja esencijalne hipertenzije pošto se često nalaze u situacijama da im autoritet naređuje.

U današnje vrijeme postoji još jedan koncept o crtama ličnosti koji se povezuje s većim odnosno, manjim rizikom nastanka psihosomatskih bolesti. To su A i B crte ličnosti. Glavna odlika osobe s A tipom ličnosti je natjecateljski duh na poslu, u kućanskim obavezama i odnosima. Takvi su pojedinci ambiciozni, cijene postignuća, percipiraju brz prolazak vremena, zaokupljeni su sobom i stalnim napredovanjem, a također misle kako mogu najbolje obaviti određeni posao (Topić, 2010; prema, Begić, 2014). Karakter A udvostručuje rizik od koronarne bolesti, pogotovo infarkta miokarda i prediktor je iznenadne koronarne smrti. Također osobe s ovim karakterom sklone su pušenju, pretjeranoj konzumaciji hrane i alkohola i imaju manju socijalnu podršku. Ti čimbenici su rizični faktori za razvoj kardiovaskularnih bolesti (Bilić, 2009).

Osobe tipa B imaju suprotne karakteristike od osobe tipa A: lako se opuštaju bez osjećaja griznje savjesti, ne pate od nestrpljivosti i nemaju potrebu razgovarati o svojim postignućima.

U okviru ove klasifikacije je opisan još i tip D (distresni tip) ličnosti. Takve osobe ne mogu regulirati ljutnju i bijes, često su zabrinuti i izrazito osjetljivi na stresove. Osim što takve osobe imaju velik rizik za oboljevanje od srčanih bolesti, one također imaju i lošiju prognozu po pitanju oporavka od bolesti (Topić, 2010; prema, Begić, 2014).

### **3.3 Teorije stresa kao objašnjenje psihosomatskih bolesti**

H. Wolff (1950; prema Kaplan i Kaplan, 1957) je, koristeći eksperimentalne i kliničke tehnike, dokazao kako psihološki faktori djeluju na organe. Tijekom razdoblja emocionalnog stresa kao i u uobičajenim životnim situacijama dolazi do fizioloških i patoloških promjena u cijelom sustavu, a posebno u želucu, crijevima i nazalnoj sluznici. Promjene koje se događaju uključuju varijacije u oticanju, vaskularnosti i radu organa. Smatra se da te promjene prethode potencijalno trajnim promjenama u organima, što je zapravo začetak psihosomatske bolesti. Emocije poput hostilnosti su povezane s povećanom fiziološkom aktivnosti, dok su emocije poput straha i tuge povezane sa smanjenom fiziološkom aktivnosti.

H. Selye (1956) je, provodeći istraživanja na životinjama, utvrdio kako dolazi do oštećenja organa u stresnim situacijama (Havelka, 2002). S obzirom da je on endokrinolog, posvetio se proučavanju endokrinološkog sustava u uvjetima stresa. Utvrdio je kako dolazi do povećanja kore nadbubrežne žlijezde, smanjenja opsega prsne žlijezde, slezene i limfnih čvorova što dovodi do potpunog nestanka eozinofila (vrsta leukocita) te kako dolazi do krvareće ulceracije želuca i dvanaesnika

Osim gore navedenih reakcija postoje i ostale fiziološke reakcije koje se javljaju u vrijeme stresa. One uključuju izlučivanje adrenokortikotropnog hormona (ACTH) iz hipofize. Kada je ACTH ispušten u krv on stimulira koru nadbubrežne žlijezde kako bi proizvela dvije skupine hormona: glukokortikoide i mineralokortikoide. Funkcija glukokortikoida je povećanje sadržaja glukoze u krvi. Povećane razine glukoze u krvi omogućuju organizmu u

opasnim situacijama pripremu za bijeg ili borbu. Ovoj skupini pripadaju kortizol i kortizon, tzv. *protuupalni hormoni*. Mineralokortikoidi povećavaju retenciju natrija i klorida u tijelu te smanjuju sadržaj kalija. U ovu skupinu ubrajamo deoksikortikosteron i aldosteron. U određenim uvjetima oni izazivaju upalu te ih je Selye (1956) nazvao *proinflammacijskim hormonima*.

U ovoj teoriji upala ima jako važnu ulogu. Ona predstavlja lokalnu reakciju na oštećenje tkiva (Selye, 1956) koje mogu proizvesti brojni uzročnici: mikroorganizmi, radioaktivno zračenje i slično. Upalni proces predstavlja zaštitu od uzročnika upale jer omogućava protutijelima da djeluju i unište uzročnike. Te promjene nastale za vrijeme upale nazivaju se lokalnim adaptacijskim sindromom (L.A.S; Selye, 1956). Lokalni adaptacijski sindrom opće izazvane reakcije tijekom stresa se naziva *opći adaptacijski sindrom* (G.A.S.)

Postoje tri faze općeg adaptacijskog sindroma. Prva faza stresnog odgovora je *faza alarma*. Na početku ove faze organizam još nije spreman za suočavanje s prijetnjom i mogućnost obrane je manje uspješna. Nakon toga dolazi do mobilizacije tjelesnih resursa. Povećava se aktivnost nadbubrežne žlijezde, kardiovaskularne i respiratorne funkcije. Fazu alarma slijedi *faza otpora* u kojoj je otpornost na podražaj relativno konstantna. Zbog stalne prisutnosti stresora organizam smanjuje otpornost na druge podražaje. Pri dugotrajnom izlaganju stresnom podražaju dolazi do zadnjeg stadija općeg adaptacijskog sindroma, *faze iscrpljenja*. U toj fazi neuroendokrini sustav ima smanjeni kapacitet za izlučivanje obrambenih hormona, zbog čega imunostimulacijski sustav reagira sa smanjenom učinkovitošću i podložan je funkcionalnim (prehlada i gripa) ili strukturalnim bolestima (čir). Zadnja faza traje dok god se organizam nalazi u stresnoj ili opasnoj situaciji. Faza iscrpljenja nije nužna i moguće ju je izbjeći koristeći efikasne strategije suočavanja kako bi se smanjio ili eliminirao stresni podražaj (Hudek-Knežević i Kardum, 2006).

Zaključno, glavna postavka ove teorije je da stres dovodi do smanjene opće imunosti pomoću hormonalnih promjena u tijelu. Zbog toga se smatra da je stres značajan, ako ne i glavni faktor u nastanku bolesti, bez obzira jesu li one psihogenog porijekla (npr. ulkusna bolest) ili su izazvane nekim vanjskim uzročnikom.

### 3.4 Neuroznanstveni pristup o uzroku psihosomatskih bolesti

Neuroznanstvenik J. DeLoux (2012) je u istraživanju na životinjama otkrio dva neuronska puta koja se aktiviraju u stresnim situacijama. U određenim stresnim situacijama korteks eksperimentalne životinje nije uključen u fiziološki odgovor na podražaj. To znači da može doći do reakcije na stresni podražaj, a da životinja ne bude ni svjesna razloga svoje pobuđenosti. Prvi neuralni put omogućuje brzu emocionalnu reakciju koja omogućuje brzo reagiranje u opasnim situacijama. Drugi put je sporiji i nadolazeći podražaj uspoređuje s bazom znanja kako bi organizam mogao procijeniti je li podražaj opasan ili ne.

Amigdala je struktura u mozgu koja svim podražajima daje emocionalnu važnost, tj. procjenjuje je li podražaj opasan ili ne. Amigdala prima informacije iz dva izvora, odnosno postoji mogućnost primanja informacija uz pomoć dva neuralna puta. Prvi neuralni put je brži i daje općenite informacije o tome što se događa u okolini. Signali iz oka i uha prvo putuju do talamusa, a potom do amigdale prekapčajući se u samo jednoj sinapsi. Drugi neuralni put je sporiji zbog dodatnog obrađivanja informacija na kortikalnoj razini. Taj put podrazumjeva da informacije iz talamusa ne idu direktno u amigdalnu već se usmjeravaju u neokorteks, a potom u limbički sustav kako bi došlo do dodatne obrade (LeDoux, 2012).

Ova teorija objašnjava neurofiziološku „disocijaciju“ ili mentalno „zaobilazanje“ koje objašnjava povišenu razinu fiziološke pobuđenosti organizma pri čemu ne postoji svjesno objašnjenje takvog osjećaja. Dakle osoba ne mora ni biti svjesna čega se plaši kako bi se osjećala uplašeno i kako bi se u tijelu aktivirali mehanizmi za obranu od stresa. Tijekom ranog psihološkog razvoja djeteta dominira prvi, direktni put, a tek kasnije kroz socijalnu interakciju se razvija drugi, viši put. Taj drugi put uključuje više kortikalnih centara koji u sebi sadrže iskustva i memoriju. Odnosno tek kasnije se razvija svijest o tome zašto se osoba osjeća onako kako se osjeća. U slučaju kada kod osobe nije došlo do pravilnog razvoja drugog puta i osoba ne može objasniti svoje tjelesne senzacije može doći do pojave psihosomatske bolesti (van der Kolk, 1996 prema Gregurek i Braš, 2009).

## 4. LIJEČENJE PSIHOSOMATSKIH BOLESTI

Paralelno s razvitkom teorija o nastanku psihosomatskih bolesti, razvijale su se i pristupi liječenju. S obzirom da je sve počelo od psihoanalize prvotno je ona imala ulogu u liječenju ovih stanja. Usmjeravalo se na rješavanje potisnutih emocionalnih konflikata pomoću hipnoze. S protekom vremena i sve većim razvijanjem teorija, tehnike liječenja su postale kompleksnije i prilagođene za svaki tip bolesti. Kod liječenja psihosomatskih oboljenja nužna je intervencija i psihijatra ili psihologa i specijaliziranog liječnika, ovisno o tome koji je organ pogođen. Liječenje se razlikuje ovisno o tome koji je organ ili tjelesni sustav pogođen bolešću, koliko godina pacijent ima, koliko je trajanje bolesti, ličnost pojedinca itd. (Wittlower, 1964).

Kod liječenja psihosomatskih bolesti najučinkovitija je *kognitivno bihevioralna terapija*. Uz psihoterapijski pristup može se primjeniti i neki od alternativnih pristupa kako bi došlo do lakšeg verbalnog i neverbalnog izražavanja potisnutih emocija i strahova. U alternativne pristupe se ubrajaju *Terapija plesom i pokretom*, *Yoga terapija*, *Pet terapija* te *Autogeni trening*. Postoji još jedna tehnika koja je iznimno učinkovita u smanjivanju simptoma i liječenju ovih bolesti, a to je *Tehnika biofeedback-a*.

### 4.1 Kognitivno bihevioralna terapija

Kognitivno bihevioralna terapija (KBT) najčešća je vrsta psihoterapije koja se koristi u liječenju psihosomatskih bolesti. Ova vrsta psihoterapije pomaže osobi da nauči nove načine suočavanja sa stresnim situacijama. Kroz proces terapije pojedinac uči kako se uspješnije nositi sa svojim problemima, postavljati realistične ciljeve te identificirati ponašanja i misli koji imaju negativni utjecaj na život. Jedna od tehnika u liječenju psihosomatskih bolesti kod kognitivno bihevioralne terapije je pisanje dnevnika kako bi pacijent osvjestio svoje misli, ponašanja, promjene raspoloženja. Te informacije će se kasnije kroz intervju raspravljati s terapeutom. Usmjerava se na otkrivanje pacijentovi jakih strana i osobina koji bi mu omogućili nošenje sa stresnim situacijama u životu. Otkrivanje pacijentovih jakih strana i razvijanje njegovih vještina glavni je zadatak kognitivno bihevioralne terapije (Craciun, 2014).

Na temelju meta-analize Kroenke i Swindle (2000; prema: Craucin, 2014) zaključili su da je ova vrsta psihoterapije najdjelotvornija u liječenju psihosomatskih simptoma. Čak i u periodu od godine dana nakon terapije pacijenti su imali smanjene psihosomatske simptome.

## **4.2 Terapija plesom i pokretom**

Terapija plesom i pokretom se primjenjuje kao samostalna metoda ili kao dio prevencije i liječenja psihofizičkih i psihosocijalnih poremećaja. Osnovna pretpostavka ove terapije je da tjelesni pokreti odražavaju emocionalno stanje pojedinca, a promjene u pokretima dovode do promjena u psihosocijalnom iskustvu (Martinec, 2013). U ovoj vrsti terapije tijelo je glavni medij. Plesni pokreti omogućavaju osvješćivanje emocionalnih stanja, uključujući i nesvjesne impulse. Usmjerava se na oživljavanje osjećaja i uspomena koje su potisnute. Zadatak psihoterapeuta je opservacija pokreta pacijenta i vođenje konverzacije u kojima se raspravlja s pacijentom o njegovom emocionalnom stanju i što je dovelo do tog emocionalnog stanja (Thulin, 1997).

## **4.3 Terapija yogom**

Yoga izvorno potječe iz Indije i njeni začeci datiraju od prije 2800 godina. Ova tehnika se ne odnosi samo na postizanje kontrole nad vlastitom svješću već uključuje i ostale elemente pomoću kojih se može postići kontrola nad psihofiziološkim funkcijama (Havelka, 2002). Asana je naziv za određenu posturu tijela. Poznato je 84 asana, a najpoznatije od njih su: kobra (Bhujangasana), lotus (Padamasana), brod (Dhanusasana), paun (Mayurasana). Asane omogućuju stabiliziranje živčanog sustava. Pranayama je vrsta disanja koja uključuje zadržavanje daha. Pranayama omogućuje bioenergetsku kontrolu i stabiliziranje emocija (Singh, 2006). Yoga služi za uspostavljanje samokontrole i mogućnost adekvatnog reagiranja na stresne

Postoje mnoge pozitivne posljedice korištenja yoge u tretmanu psihosomatskih bolesti. Kroz različite posture (asane) dolazi do istezanja mišića koji posljedično stimuliraju proprioreceptore koji se nalaze u zglobovima, ligamentima, tetivama i mišićima. Redovno prakticiranje yoge dovodi do otpuštanja mišićne tenzije i do vraćanja optimalnog mišićnog tonusa (Singh, 2006). Usmjeravajući pažnju na određene dijelove tijela dolazi do



lokaliziranog opuštanja. Opuštajući glavu i vrat dolazi do bolje kontrole disanja i stabiliziranja emocija (Gellhorn,1969; prema Singh, 2006). Kontrolirano abdominano disanje dovodi do smanjenja krvnog tlaka (Ishikawai drugi, 1980; prema: Singh, 2006). Terapija jogom uspješna je u tretiranju sljedećih bolesti: esencijalna hipertenzija, migrene, peptičnu ulkus, kronični sinusitis, gastritis, mukozni kolitis, bronhijalna astma (Garden,1972; Goyeche i drugi, 1977; Gellhorn,1969; prema Singh, 2006).

#### **4.4 Pet terapija**

Pod pojmom pet terapije podrazumijeva se skup terapijskih postupaka u koji se aktivno uključuju kućni ljubimci. Najčešće su to psi ili konji. Ova vrsta terapije specifično je namijenjena za djecu i starije. Također nije uobičajena kod liječenja psihosomatskih bolesti no na djecu s psihosomatskim simptomima može imati jako povoljne učinke primjerice, snižavanje krvnog tlaka (Odendaal, 2000). Terapijski pas ili konj djeluje smirujuće, opušta pacijenta, oslobađa ga napetosti. S obzirom da komuniciraju isključivo neverbalnom komunikacijom, pacijenti, pogotovo djeca, lakše se uključuju u terapijski proces. Terapijski proces ima tri faze. Početna faza uključuje upoznavanje djeteta i psa, odnosno dolazi do ostvarivanja bliskog odnosa. Druga faza se naziva „centralna faza“ i ona uključuje izravnu interakciju između pacijenta i životinje kroz zajedničke aktivnosti u kojima se izražavaju emocije. Zadnja faza uključuje prijelaz pažnje sa životinje na terapeuta. U ovoj fazi otvara se prostor za djelovanje terapeuta.

#### **4.5 Tehnika biofeedback-a**

Biofeedback je tehnika pomoću koje pojedinac dobiva uvid u to što se događa u njegovom organizmu. Pomoću elektroničkih aparata bilježe se tjelesni procesi i moguće je pratiti funkcioniranje različitih tjelesnih sustava ili samo određenih organa. Na kraju se ti podaci pretvaraju u vidne ili slušne podatke. Također je moguće opažati promjene tjelesnih funkcija koje kasnije utječu na ponašanje pojedinca (Jacobson, 1978). Ova tehnika sastoji se od tri osnovna koraka. Prvo se otkrivaju signali koji upućuju na određenu biološku funkciju, npr. praćenje aktivnosti mozga pomoću EEG-biofeedbacka. Nakon što se ti signali otkriju, oni se pojačavaju. Drugi korak je pretvaranje tih signala u vidne ili slušne podatke. Posljednji korak je prikazivanje pacijentu tih podataka kako bi on bio upućen u promjene vezane uz

tjelesne funkcije koje se istovremeno događaju (Havelka, 2002). Pozitivne posljedice ove tehnike su omogućavanje pojedincu samokontrolu nad vlastitim tjelesnim funkcijama. Isprva se smatralo kako se ova tehnika može primijeniti samo na one funkcije koje su pod voljnom kontrolom (Kimbel, 1961; prema Havelka, 2002), ali eksperimentalnim provjerama dokazano je da je to netočno (Havelka, 2002). Unatoč tome što je ova tehnika relativno nova i što njena djelotvornost varira ovisno od poremećaja do poremećaja, danas se smatra da je iznimno djelotvorna kod poremećaja koji su pod snažnim utjecajem psihološkog stresa (npr. povišen arterijski tlak, srčane aritmije). Tehnikom biofeedback-a pojedincu se daje uvid u stupanj njegove emocionalne napetosti u situacijama kada on toga nije svjestan. Dobivanjem tog podatka osoba vlastitom voljom utječe na smanjenje tih stresnih reakcija, npr. usmjeravajući misli na neki neutralni ili pozitivni sadržaj tijekom te stresne situacije. Na primjer, kod liječenja ulkusne bolesti biofeedback tehnikom, pacijent proguta mali uređaj koji mjeri koncentraciju kiseline u želucu. Kod svake promjene pH vrijednosti u želucu pacijent dobije obavijest. Na temelju toga zaključuje da je u stresnoj situaciji te može započeti s primjenom nekih od tehnika relaksacije (Welgan, 1977).

## **4.6 Autogeni trening**

Autogeni trening je tehnika relaksacije koja je razvijena od strane berlinskog neurologa J. H. Schultza (1969; prema Havelka, 2002). On je ovu tehniku razvio na temelju iskustva kojeg je imao u primjeni hipnoze u individualnoj i grupnoj terapiji. Autogeni trening može se smatrati jednom vrstom autohipnoze. Ova tehnika sadrži nekoliko tipova vježbi koje dovode do stanja svijesti slično hipnotskom stalnju. Također, dovodi do jake tjelesne relaksacije. Ovaj trening sadrži vježbe za dekontrakciju mišića, dekontrakciju tkiva, vježbe za srce, vježbe disanja i vježbe za kontrolu abdominalnog područja.

Autogeni trening osniva se na tri glavna načela (Havelka, 2002): 1) repeticija topografski orijentiranih verbalnih formulacija u kraćem razdoblju (30 sec); 2) mentalne aktivnosti nazvane „pasivna koncentracija“; 3) specifičnim položajima tijela se reducira vanjska i proprioreceptivna stimulacija.

Autogeni trening ima mnogobrojne pozitivne posljedice na pojedince koji ga redovno prakticiraju. Povećava vitalni kapacitet pluća, postiže se brži oporavak od tjelesnog rada,

smanjuje motoričku aktivnost želuca, smanjuje glukozu u krvi, smanjuje potrebe za inzulinom, regulira mišićni tremor itd (Wittkower, 1977; prema Havelka, 2002).

## 5. ZAKLJUČAK

U suvremenom svijetu koji je prepun mnogobrojnih izvora stresora javlja se sve veći broj psihosomatskih poremećaja koji kasnije prerastaju u psihosomatske bolesti. Psihosomatske bolesti su uzrokovane psihološkim faktorima koji s vremenom oštećuju organe i tkiva te utječu na pojedinčevu kvalitetu života i njegovu sposobnost nošenja sa stresom. Današnje stajalište je da većina poznatih bolesti, barem jednim dijelom, ima za uzrok neke psihološke faktore. Također, bilo koji sustav u tijelu može se naći na udaru ovih bolesti: gastrointestinalni, kardiovaskularni, dermatološki, endokrinološki itd. Mnoštvo teorija pomoću kojih se pokušava objasniti uzrok ovih bolesti samo dokazuju koliko su one zapravo kompleksne. Različiti čimbenici sudjeluju u nastanku ovih bolesti, uključujući crte ličnosti, od kojih osobe s A tipom karaktera su u većem riziku od oboljenja. Nadalje, ulogu ima i količina stresa koji pojedinac svakodnevno doživljava. Organizam se bori protiv stresa aktivirajući mehanizme koji mu omogućuju da preživi opasnu situaciju. U situacijama kroničnog stresa u organizmu se počinju javljati patološke promjene koje za posljedicu imaju razvitak psihosomatskog oboljenja. Važnu ulogu, također, imaju i obrambene sposobnosti pojedinca, naslijeđe i socijalni utjecaj.

S porastom stope psihosomatskih oboljenja raste i broj mogućih tretmana za liječenje. Ovisno o pojedincu moguće je integrirati više metoda u tretmanu liječenja. Liječnik somatske medicine i psihoterapija su obavezni. Kognitivno bihevioralna terapija naučinkovitija je u ovom slučaju jer pojedincu omogućava učenje i korištenje novih i adekvatnih tehnika nošenja sa stresom. Također postoje i drugi alternativni pristupi kao što su Pet terapija, Terapija plesom i pokretom, Autogeni trening, Terapija Yogom. Svaki pristup ima za cilj ublažavanje i liječenje psihosomatskih simptoma, ali i omogućiti pojedincu razvitak zdravih vještina za nošenje sa stresom. Svaki od ovih alternativnih pristupa pomoću različitih medija, bilo to tijelo, pokret, životinja ili autohipnoza, pojedincu omogućavaju izgradnju pozitivnije slike o sebi i drugima, smanjivanje anksioznosti i kontroliranje vlastitih misli i osjećaja. Tehnika u koju se polaže najviše nade za liječenje ovih oboljenja je tehnika biofeedback-a. Ova tehnika pruža uvid u to što se događa u tijelu za vrijeme stresa unatoč tome što pojedinac možda nije

svjestan toga. Dobivanjem tih informacija na vrijeme se mogu početi koristiti tehnike relaksacije i time spriječiti negativne posljedice stresa na organizam.

## LITERATURA

- Alexander, F. (1950). *Psychosomatic Medicine*. New York: W. W. Norton and Co.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.(DSM-5)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Begić, D. (2014). *Psihopatologija*. Zagreb: Medicinska naklada.
- Bilić, V. (2009). Psihološki čimbenici kod kardiovaskularnih bolesti. *Psihosomatska medicina*, 83, 100-103.
- Craciun, A. (2014). Using cognitive-Behavioral Therapy as Additional Treatment for Chronic Medical Condition. *Romanian Journal of Cognitive Behavioral Therapy and Hypnosis*, 1 (1), 1-12.
- Dunbar, H. F. (1953). *Mind and Body: Psychosomatic Medicine*. New York: Random House.
- Freud, S. (1973). *Inhibitions, Symptoms and Anxiety*. London: The Hogarth Press, S. E.
- Gregurek, R. i Braš, M. (2009). Povijest psihosomatske medicine i suvremene klasifikacije. *Psihosomatska medicina*, 83, 92-95.
- Havelka, M. (2002). *Zdravstvena psihologija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Hudek-Knežević, J. i Kardum, I. (2006). *Psihosocijalne odrednice tjelesnog zdravlja. Stres i tjelesno zdravlje*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Jacobson, A. M. (1978). Biofeedback: A New Treatment for Psychosomatic and Functional Disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 19 (3), 275-284.
- Kaplan, H. I. i Kaplan, H. S. (1957). *Current theoretical concept in psychosomatic medicine*. *American Journal of Psychiatry*, 115(12), 1091-1096.
- Kuvalayanauda, S. i S.L. Vinekar (1979). *Principles of Yogic Therapy*. U Sabol, D. D. (Ed.): *Ways of Health - Holistic Approaches to Ancient and Contemporary Medicine*, 84-87. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- LeDoux, J. (2012). Rethinking the Emotional Brain. *Neuron*, 73, 653-676.
- Martinec R. (2013). Dance Movement Therapy in the Concept of Expressive Arts-therapy. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 49, 143-153.
- Odendaal, J. S. J. (2000). Animal-assisted therapy- magic or medicine. *Journal of Psychosomatic Research* 49, 275-280.
- Oliner M. (1991). Psychosomatic Symptoms. Psychodynamic Treatment of the Underlying Personality Disorder. *Psychoanal Quarterly*, 6, 124-129.
- Selye, H. (1956). *The Physiology and Pathology of Exposure to Stress*. Montreal: Acta.

- Singh, A. N. (2006). Role of yoga therapies in psychosomatic disorders. *International Congress Series, 1287*, 91-96.
- Thulin, K. (1997). When Words Are Not Enough: Dance Therapy as a Method of Treatment for Patients with Psychosomatic Disorders. *American Journal of Dance Therapy, 19* (1), 25-43.
- Tomić, N. (2003). Somatoformni i psihosomatski poremećaji: dijagnostička paralela. *Psihijatrija danas, 35*(1), 91–96.
- Vulić-Prtorić A. (2005). Upitnik psihosomatskih simptoma za djecu i adolescente. *Suvremena psihologija, 8*(2), 211-227.
- Welgen, P.R. (1977). *Biofeedback control of stomach acid secretions and gastrointestinal reactions*. U Beatty, J. i Legewie, G. (Eds.), *Biofeedback and Behavior*, 385-393. New York: Plenum Publishing Corporation.
- Wittkower, E. D. (1964). Treatment of Psychosomatic Disorders. *Canadian Medical Association Journal, 90*, 1055-1060.
- World Health Organisation (1994). *Classification of Mental and Behavioral Disorders 10th ed.* Geneve: World Health Organisation and Longman Group Limited.
- Wolman, B. B. (1988). *Psychosomatic disorders*. New York: Plenum Publishing Corporation.