

„Trudny pacjent” – pacjent z zaburzeniami psychosomatycznymi w podstawowej opiece zdrowotnej

„Difficult Patient” – a patient with psychosomatic disorders in a national healthcare system

ANNA SAMBORSKA-SABLIK ^{1/}, ZBIGNIEW SABLIK ^{2/}

^{1/} Zakład Medycyny Ratunkowej i Katastrof, Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi; Poradnia Lekarzy Rodzinnych – NZOZ Cor-Med. w Łodzi

^{2/} I Klinika Kardiologii Katedry Kardiologii i Kardiochirurgii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Streszczenie

Zaburzenia psychosomatyczne są jednymi z częstszych dolegliwości u pacjentów w praktykach lekarskich. Wczesne ich rozpoznanie pozwala oszczędzić chorym wykonywania badań diagnostycznych, licznych konsultacji specjalistycznych czy hospitalizacji oraz uniknąć farmakoterapii często o ograniczonej skuteczności. Natomiast wdrożenie adekwatnego kompleksowego postępowania terapeutycznego przyspiesza proces zdrowienia oraz utrzymania zdrowia pacjentów. W oparciu o 2 kliniczne przypadki chorych autorzy opracowania przedstawiają problematykę zaburzeń psychosomatycznych i możliwości ich leczenia.

Słowa kluczowe: psychosomatyka, stres, nadciśnienie tętnicze, zespół jelita nadwrażliwego, utrzymanie zdrowia

Summary

Psychosomatic disorders are one of the most common diseases in doctor's practice. Recognised early, allow to spare patients diagnostic examinations, numerous visits to specialists or even hospitalization, as well as help them avoid often ineffective pharmacotherapy. Introducing the proper, complex therapeutic treatment, on the other hand, accelerates the process of getting and keeping patients healthy.

The authors of the study show the problem of psychosomatic disorders and possibilities how to treat them, based on 2 clinical examples.

Key words: psychosomatics, stress, arterial hypertension, Irritable bowel syndrome

© Orzecznictwo Lekarskie 2010, 7(2): 134-138

www.ol.21net.pl

Nadesłano: 30.06.2010

Zakwalifikowano do druku: 03.07.2010

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Anna Samborska-Sablik
Instytut Zdrowia Człowieka
Klinika Psychosomatyczna
Wysowa 95, 38-316 Wysowa
e-mail: kotek.lek1@poczta.fm

Pani Zofia.

Pacjentka lat 56 cierpi na otyłość olbrzymią (BMI 46) i nie poddające się kontroli nadciśnienie tętnicze. Wartości ciśnienia tętniczego oscylują u niej w granicach 160/100-190/120 mm Hg. 15 lat temu Pani Zofia wraz z mężem adoptowała 3-letnią dziewczynkę pomimo powszechnej dezaprobaty bliższej i dalszej rodziny dla takiego sposobu „powiększania rodziny”. Brak akceptacji tej adopcji był przyczyną zerwania kontaktów Pani Zofii z rodziną. Świeżo upieczona mama poświęciła się całkowicie córce. Wtedy zaczęły się jej pierwsze problemy z nadwagą i nadciśnieniem tętniczym. Jak sama mówi: „Nigdy nie byłam szczupłą dziewczynką, ale wtedy się trochę zaniedbałam; Kasia potrzebowała tyle uwagi”. Pani Zofia wielokrotnie konsultowana była przez

różnych lekarzy i otrzymywała kolejne zestawy leków, które przynosiły efekty lecznicze na krótko lub nie przynosiły rezultatów. Dwukrotnie była hospitalizowana w Oddziałach Internistycznych z powodu przełomów nadciśnieniowych. W trakcie hospitalizacji czuła się dobrze, po wyjściu ze szpitala w niedługim czasie wartości ciśnienia tętniczego wracały do wysokich poziomów.

Pan Maciej.

Pan Maciej wpisał się do naszej poradni po kilkakrotnej zmianie lekarza pierwszego kontaktu w innych poradniach, ponieważ, jak sam się wyraził „tu można się umówić na godzinę, a on nie ma czasu czekać w bezsensownych kolejkach”. Już podczas pierwszej wizyty ten 40-letni architekt pracujący w dużej firmie przysiadł na krawędzi krzesła

i poprosił tonem nie znoszącym sprzeciwu o wydanie zwolnienia lekarskiego ponieważ ma ostatnio problemy z dojściem do pracy. Pomimo porannego wypróżnienia przed wyjściem z domu – w drodze do pracy musi jeszcze kilkakrotnie przymusowo korzystać z toalety, w przeciwnym bowiem razie obawia się, że się zanieczyści. W dalszej części dnia te dokuczliwe objawy ustępują. W dni wolne od pracy pacjent nie doznaje tych dolegliwości. Podobne objawy Pan Maciej miał w okresie studiów. Wtedy rozpoznano u Niego zespół jelita nadwrażliwego. Po zakończeniu studiów objawy pojawiały się tylko sporadycznie, trwając różnie długo – od kilku dni do kilkunastu tygodni. Często występowała korelacja ich występowania z sytuacjami stresowymi, jak np. rozmowa z nowym pracodawcą. Na podstawie przeprowadzonej dotychczas kilkakrotnie diagnostyki, w tym badań obrazowych, potwierdzano uprzednio postawione rozpoznanie. Jednakże wdrażane leczenie dietetyczne i farmakologiczne nie przynosiło zadawalających efektów; po czasowych poprawach następował nawrót dolegliwości.

Ogrom współczesnej wiedzy medycznej wymusił powstanie specjalizacji w wąskich jej zakresach. Taka specjalizacja umożliwia co prawda kierunkowe jej zgłębienie, jednakże dla wyspecjalizowanego lekarza problem zdrowotny obejmujący swoim zakresem kilka dziedzin medycyny może stać się trudnym do rozwiązania.

Medycyna psychosomatyczna oferująca holistyczne podejście do spraw zdrowotnych może stanowić optymalną odpowiedź dla takich złożonych sytuacji klinicznych. Ujmuje ona stan zdrowia (bądź choroby) człowieka jako wynik interakcji czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych. Zatem w ujęciu psychosomatycznym nie eksponuje się typowo patofizjologicznej etiologii chorób, uważa natomiast, że choroba jest wypadkową oddziaływania wielu powyższych czynników. Przewaga oddziaływania na organizm ludzki jednych nad drugimi oraz predyspozycje danej osoby przyczyniają się do rozwoju konkretnej jednostki chorobowej [16]. Sposób myślenia, doświadczania otoczenia, czy radzenia sobie z sytuacjami trudnymi wpływa na stan psychiczny, co z kolei przekłada się na powstanie czy nasilenie już istniejących dolegliwości somatycznych. Z drugiej strony objawy somatyczne wpływają na sposób percepcji otoczenia przez człowieka prowadząc z kolei do zmian w jego stanie psychicznym. Stąd optymalne postępowanie z pacjentem zakłada oddziaływanie zarówno na gruncie somatycznym jak i psychicznym, z uwzględnieniem możliwych czynników sprawczych [16].

Ważnymi determinantami stanu zdrowia jest zespół cech psychicznych człowieka, nazywany mianem osobowości, podatności konstytucjonalnej, czy wzoru zachowania oraz stres [13,14,18]. Wzór zachowania zawiera w sobie zarówno sposób oceny informacji płynących za świata zewnętrznego jak i rodzaj odpowiedzi na nie. Oba elementy, zwłaszcza sposób reakcji na bodźce zewnętrzne, są wypadkową uwarunkowań genetycznych, dotychczasowego wychowania i doświadczeń życiowych jednostki. W ciągu życia osobniczego wzór zachowania może ulegać zmianom w wyniku nabywania nowych doświadczeń, np. wskutek doznań traumatycznych lub pracy jednostki nad sobą, czy w procesie psychoterapii. We współczesnej psychologii wyróżnia się wiele ich typów w zależności od przyjmowanych kryteriów klasyfikacji. Jedną z nich jest podział na wzór zachowania (określany też mianem osobowość) A, B, C i D [12]. Pan Maciej prezentuje wzór zachowania typu A, który charakteryzuje się zbyt dużym poczuciem presji czasu, nastawieniem na współzawodnictwo i przesadną ambicjonalnością (często osoby takie określane są jako nad-ambitne, ang. *over-ambitious*) [14]. Ludzie tacy są ciągle w biegu, nie mają czasu cieszyć się swoimi osiągnięciami, często są agresywni w stosunku do innych, szczególnie w przypadku pokrzyżowania ich planów.

Poniższa wymiana zdań pomiędzy dwoma osobami, z których jedna to osoba ze wzorem zachowania A, przybliży nam zachowania takich osób:

„– Gratuluję Panu doktoratu. Pewnie Pan się bardzo cieszy. To duże osiągnięcie!

– Dziękuję, ale to nic takiego, na każdym rogu tego miasta można spotkać kogoś z tytułem doktora”

A świadkiem podobnych uwag, jak poniższa uwaga wypowiedziana przez osobę o wzorze zachowania A, wypowiedzianej np. do kasjerki w supermarkecie, był z pewnością niejeden z nas:

„– Czy nie może Pani się pospieszyć? Rusza się Pani jak mucha w smole! Nie mam czasu tu stać godzinami. Czy nie można tu otworzyć więcej kas?!”

Drugim istotnym czynnikiem wpływającym na nasze zdrowie jest stres. Powszechność jego występowania znakomicie przedstawia opublikowane w 2004 r. badanie japońskie, w którym udokumentowano, że 49% badanych osób powyżej 12 roku życia codziennie przeżywa sytuacje stresujące [10]. Jako najczęstsze źródła stresu wyróżniono tu sytuacje związane z pracą, problemy rodzinne i socjalne, trudności finansowe, problemy zdrowotne oraz relacje sąsiedzkie [10]. Stresorem zatem nazwano sytuację lub wydarzenie zagrażające utrzymaniu równowagi przez jednostkę. Według Lazarusa stres to odpowiedź organizmu na stresor, przekraczający

zwykle możliwości adaptacyjne osoby i mogący zakłócić jej dobrostan. Pojmowany jako wynik interakcji pomiędzy otoczeniem, a osobą stres najczęściej wynika z:

- poczucia straty lub krzywdy, zarówno materialnej jak i społecznej
- poczucia zagrożenia- realnego lub potencjalnego
- wyzwania, które w odczuciu danej osoby może prowadzić zarówno do strat jak i do zysków.

Tak pojmowany stres powinien być widziany w wymiarze społecznym, cech osobowości jednostki (przekładających się m.in. na dokonywana przez nią ocenę sytuacji, jej reakcje emocjonalne i zachowania) oraz somatycznym-fizjologicznym [16].

Przedstawiona powyżej Pani Zofia czuła się odrzucona przez ważne dla niej bliskie osoby. Doznaje stresu, bowiem ma ciągłe poczucie straty i krzywdy wyrządzonej przez rodzinę. Dla lekarza przejawia się on u niej w postaci schorzeń somatycznych, będących wynikiem procesów patofizjologicznych. Jest to przykład tzw pacjenta nawracającego z dużą ilością objawów somatycznych, słabo reagujących na stosowane leczenie.

W wyniku stresu zostaje aktywowana oś podwzgórze – przysadka – nadnercza oraz podwzgórze-współczulny układ nerwowy – rdzeń nadnerczy. Do krwioobiegu zostają uwolnione hormony i neurotransmitery mające na celu przygotowanie organizmu do wzmożonego wysiłku – obrony przed zagrożeniem oraz ochrony przed przeciążeniem w wyniku stresu. Po wygaśnięciu stresora powinno dojść do wyhamowania działania obu zaktywowanych osi w mechanizmie sprzężeń zwrotnych. Jednakże, zgodnie z klasyczną teorią stresu Hansa Selye'go [15], skutek długotrwałego stresu lub stresu wielokrotnie powtarzającego się w krótkich odstępach czasu nie dochodzi do typowego wygaszania powyższych reakcji. Początkowo powoduje to zmiany czynnościowe organizmu, jednak z czasem doprowadza do powstania zmian morfotycznych. Rodzaj zmian somatycznych i ich umiejscowienie jest uzależnione głównie od stanu danego organizmu, a nie rodzaju działającego stresora [14,15]. Na powyżej opisanej zasadzie często dochodzi do powstawania chorób psychosomatycznych.

Zgodnie z definicją WHO [5] choroby psychosomatyczne: „(...) są to choroby przebiegające albo pod postacią zaburzeń funkcji, albo zmian organicznych, dotyczących poszczególnych narządów czy układów, w przebiegu których czynniki psychiczne odgrywają istotną rolę w występowaniu objawów chorobowych, ich zaostrzeniu i zejściu choroby”.

Objawy chorób psychosomatycznych są różne w zależności od efektorowego narządu lub układu

dla danego człowieka w danej sytuacji. Zatem na przewlekły stres jedna osoba może reagować różnym zespołem objawów w różnych okresach swego życia. Przyjrzyjmy się 2 zespołom objawów w oparciu o 2 naszych pacjentów.

Pobudzenie układu współczulnego podczas stresu powoduje wzrost siły skurczu mięśnia sercowego, zwiększenie napięcia naczyń krwionośnych i zwiększenie napływu krwi do serca. Jednoczesna zmiana dystrybucji krwi poprzez zmniejszenie ukrwienia narządów mniej istotnych w czasie stresu, np. przewodu pokarmowego, prowadzi niejako do centralizacji krążenia i wzrostu ciśnienia tętniczego krwi. Dodatkowo wartość ciśnienia podnosi towarzyszące stresowi zahamowanie diurezy w nerkach, m.in. za pomocą wazopresyny wydzielanej przez podwzgórze. Utrzymująca się dłużej taka sytuacja doprowadzi do zmian morfologicznych w drobnych naczyniach tętniczych powodując ich przebudowę, w tym pogrubienie ich ściany wskutek przerostu mięśni gładkich. Spowoduje to utrzymanie zwiększonego oporu w drobnych naczyniach, zatem wymusi wzrost pracy serca jako pompy. W rezultacie cały powyższy proces klinicznie da obraz nadciśnienia tętniczego. Co więcej, pod wpływem stresu dochodzi do proaterogennych zmian w metabolizmie tłuszczów (skutkuje to m.in. wzrostem stężeń cholesterolu o niskiej gęstości – LDL i spadkiem stężenia cholesterolu o wysokiej gęstości – HDL) i węglowodanów (wzrost stężenia glukozy we krwi, stymulacja glukoneogenezy i towarzyszący mu wzrost oporności komórek na insulinę), co przy wtórnych do stresu zmianach właściwości reologicznych krwi przyspiesza formowanie blaszek miażdżycowych. Zatem jeżeli ta „patofizjologiczna spirala” nie zostanie przerwana – może doprowadzić także do pełnoobjawowej choroby niedokrwiennej serca i niewydolności serca. Powyższy mechanizm patogenetyczny może być przyczyną obserwowanego w Europie znanego związku występowania nadciśnienia tętniczego i choroby wieńcowej oraz faktu, że nadciśnienie tętnicze jest główną przyczyną przewlekłej niewydolności krążenia [2].

Uważa się, że stres jest odpowiedzialny za hiperfagię u 2/3 populacji [5,13]. W mechanizmie objadania się udział biorą glikokortykosteroidy wydzielane podczas reakcji stresowej. Ich zadaniem jest szybkie uzupełnienie energii utraconej przez organizm podczas stresu poprzez pobudzenie apetytu na pokarmy łatwo przyswajalne i wysokokaloryczne (np. czekoladowe ciastko z kremem) [5]. Dlatego słodczyce nie tylko dobrze smakują, ale redukują napięcie spowodowane stresem, co w konsekwencji poprawia nasze samopoczucie. Działanie ludzkiego organizmu mające na celu szybką mobilizację zasobów energetycznych podczas stresu, a później jak najefektywniejsze wykorzystanie dostępnych zasobów

bów pokarmowych celem zmagazynowania energii w postaci komórek tłuszczowych było jak najbardziej uzasadnione kiedy największym stresem człowieka była ucieczka przed drapieżnikiem lub bezpośrednia walka z innym osobnikiem. Ewolucja przez niezliczone pokolenia faworyzowała takie właśnie organizmy. Teraz cywilizacja stworzona przez człowieka obraca te zdobycze ewolucji przeciwko niemu samemu.

Pani Zofia została skierowana w ramach prewencji rentowej ZUS do ośrodka prowadzącego leczenie kardiologiczne w połączeniu z psychoterapią. Po powrocie do miejsca zamieszkania przez około pół roku kontynuowała terapię łączoną internistyczno-psychologiczną w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej i Poradni Psychologicznej uzyskując normalizację wartości ciśnienia tętniczego oraz spadek wagi ciała o 20 kg. Po tym czasie przerwała terapię psychologiczną tłumacząc się brakiem czasu i problemami z dorastającą córką. Niestety, w krótkim czasie ponownie istotnie przybrała na wadze, a wartości ciśnienia tętniczego znów uległy podwyższeniu.

Ocenia się, że w Polsce od 5,5 milionów do ponad 8 milionów ludzi choruje na nadciśnienie tętnicze [1,7]. Etiologia 95% przypadków nadciśnienia tętniczego pozostaje nie poznana [1,7]. U ilu z tych osób nadciśnienie tętnicze jest wynikiem przewlekłego stresu? I czy każdy pacjent z tak zwanym nadciśnieniem tętniczym samodzielnym wymagałby psychoterapii? Na pytania te nie znamy jeszcze jednoznacznych odpowiedzi.

U drugiego pacjenta wymienianego w tej pracy – Pana Macieja, z rozpoznawanym zespołem jelita nadwrażliwego, zwraca uwagę wyraźny związek czasowy pomiędzy występowaniem objawów, a sytuacjami stresowymi. Jak już nadmienialiśmy powyżej – wskutek aktywacji układu współczulnego stres przyczynia się do hamowania procesów trawiennych. Krew z trzewi jest kierowana do ważniejszych w sytuacji zagrożenia organów, takich jak mózg i serce. Zatrzymanie wydzielania śliny powoduje znane uczucie suchości w jamie ustnej. Jednocześnie zostaje wstrzymane wydzielanie enzymów trawiennych, a upośledzenie wchłaniania łączy się z hamowaniem ruchów robaczkowych jelita cienkiego.

W jelicie grubym pod wpływem stresu dochodzi do przeciwnego zjawiska – pobudzenia perystaltyki i opróżnienia jelita. Fakt ten był obserwowany u żołnierzy idących do ataku, u których wtedy dochodziło do niekontrolowanego wypróżnienia [13]. Z tego powodu w Stanach Zjednoczonych skazańcom przed egzekucją zakłada się pieluchomajtki [13].

Zespół jelita nadwrażliwego (IBS – *irritable bowel syndrome*) jest najczęstszym czynnościowym zaburzeniem żołądkowo-jelitowym i dotyczy około 10-20% populacji ogólnej. Jego występowanie jest ściśle powiązane z ilością i częstością urazów psychicznych czy sytuacji konfliktowych, prowadzących wielokrotnie do sytuacji lękowych, często połączonych z komponentą depresyjną i nadmierną pobudliwością układu nerwowego współczulnego. Drosman i wsp. w badaniach zaobserwował korelację pomiędzy występowaniem IBS u dorosłych a przeżyciem stresu traumatycznego we wczesnym dzieciństwie (3,4,6,17). Innym potwierdzeniem zależności IBS od stresu jest niewystępowanie objawów w okresie „beztresowym”, np. w czasie snu czy wakacji (9).

Zaburzenia regulacji hormonalno-nerwowej obserwowane w IBS mogą być wtórne do urazu psychicznego lub już występować z innej przyczyny przed jego wystąpieniem. Mogą one bowiem towarzyszyć innym schorzeniom takim jak choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, kamica dróg żółciowych, rak trzustki, guzy nerek, czy zapalenie przydatków. IBS może także się rozwinąć po infekcjach wirusowych czy bakteryjnych (wirusowe zapalenie wątroby typu B, czerwotka) lub wyniku stosowania przez lata diety ubogoresztkowej [1,6,7,8], ale obecnie uważa się, że jego pojawienie się zawsze związane jest z występowaniem sytuacji stresowych. Aż 90% pacjentów z rozpoznaniem IBS ma zaburzenia z zakresu psychopatologii [7]. Dlatego tacy pacjenci jak Pan Maciej wymagają holistycznego leczenia internistyczno-psychologicznego. Pan Maciej zdecydował się na indywidualną psychoterapię w Instytucie Zdrowia Człowieka – Klinice Psychosomatycznej w Wysowej. Połączył tam psychoterapię z rehabilitacją i odpoczynkiem poza miejscem zamieszkania. Możliwość dostosowania terminu i długości oraz częstości pobytów w ośrodku było jednym z czynników decydujących o wyborze przez pacjenta tej drogi leczenia. Pan Maciej jeździ do Kliniki w Wysowej 1-2 x w roku. Obecnie nie zgłasza dolegliwości związanych z IBS

Leczenie pacjentów z zaburzeniami psychosomatycznymi powinno być kompleksowe, łączące leczenie prowadzone przez lekarza (a często zespół lekarzy różnych specjalności), psychoterapeutę wyspecjalizowanego w leczeniu zaburzeń psychosomatycznych, oraz fizjoterapeutę i inne osoby wspomagające proces terapii. Tak prowadzone leczenie umożliwia objęcie postępowaniem większości istotnych aspektów życia chorego powiązanych z jego dolegliwościami, przez co daje więcej szans na długotrwałą poprawę i wyleczenie, oraz utrzymanie zdrowia. Pacjenta do ośrodka zajmującego

się kompleksowym leczeniem zaburzeń psychosomatycznych można skierować na kilka sposobów:

1. Poprzez program prewencji rentowej prowadzony przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Oferta skierowana jest tylko do pacjentów pracujących, ubezpieczonych w ZUS i rokujących powrót do pracy. Na podstawie wniosku wystawionego przez lekarza POZ pacjent po ocenie komisji z ramienia ZUS jest kierowany do jednego z ośrodków prowadzących terapię (np. Wysowa, Gołdap). Koszty leczenia pokrywa Zakład Ubezpieczeń Społecznych.
2. Bezpośrednie skierowanie pacjenta do ośrodka prowadzącego leczenie (np. Klinika Psychosomatyczna Instytutu Zdrowia Człowieka w Wysowej, Wysowa Zdrój 95). Termin oraz długość pobytu jest dostosowany do potrzeb indywidualnych pacjenta. Istnieje możliwość prowadzenia terapii obejmującej rodzinę pacjenta. Leczenie i pobyt w ośrodku są dla pacjenta odpłatne.
3. Skierowanie pacjenta do Poradni Psychologicznej wyspecjalizowanej w leczeniu pacjentów z zaburzeniami psychosomatycznym. Zakres terapii jest uzależniony od kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Piśmiennictwo

1. Antczak A, Myśliwiec, Pruszczyk P. Wielka Interna. Gastroenterologia. Medical Tribune 2010
2. Antczak A, Myśliwiec, Pruszczyk P. Wielka Interna. Kardiologia. Medical Tribune 2010
3. Bennett E, Tennant C, Piesse C. Level of chronic life stress predicts clinical outcome in irritable bowel syndrome. Gut 1998, 43: 256
4. Drossman D, Talley N, Leserman J. Sexual and physical abuse and gastrointestinal illness: review and recommendation. Annals of Internal Medicine 1995, 123, 782.
5. Fink G. Encyclopedia of stress. Academic Press. San Diego 2000, tom 2
6. Gwee KA. Post-Infectious Irritable Bowel Syndrome, an Inflammation-Immunological Model with Relevance for Other IBS and Functional Dyspepsia. J Neurogastroenterol Motil 2010, 16(1): 30-4.
7. Januszewicz W, Kokot F. Interna. Tom 1. PZWL 2002.
8. Liebrechts T, Adam B, Bredack C, et al. Immune activation in patients with irritable bowel syndrome. Gastroenterology. 2007, 132: 913-920.
9. Meyer R. Psychopatologia. Jeden przypadek – wiele teorii. GWP 2008.
10. Mutsuhiro N. Work-related stress and psychosomatic medicine. Biopsychosoc Med 2010. 4: 4. (Published online 2010 May 26.)
11. Santorski J. Ciało i charakter. Diagnoza i strategie w psychoterapii somatyczno-charakterologicznej. Jacek Santorski & Co Agencja Wydawnicza Warszawa 1995.
13. Sapolsky RM. Dlaczego zebry nie mają wrzodów. Psychofizjologia stresu. PWN Warszawa 2010.
14. Seligman MEP, Walker EF, Rosenhan DL. Psychopatologia. Zysk i S-ka Poznań 2003
15. Selye H. Stres życia. PZWL, Warszawa 1963,
16. Strelau J. Psychologia. GWP 2007.
17. Whitehead W, Crowell M, Robinson J. Effects of stressful life events on bowel syndromes: subjects with irritable bowel syndrome compared with subjects without bowel dysfunction. Gut 1992, 33: 825
18. Wrześniewski K. Styl życia, a zdrowie-wzór zachowania A. Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN Warszawa 1993.