

Władysława Pilecka

Psychosomatyczne problemy w leczeniu i rewalidacji dzieci

Streszczenie

W medycynie pediatrycznej wyróżnia się 3 modele usiłujące wyjaśnić istotę zależności czynników organicznych i psychologicznych w powstaniu, rozwoju i przebiegu niektórych chorób u dzieci: psychoanalityczny, psychospołeczny i kliniczny.

Zwolennicy pierwszego modelu twierdzą, iż w etiopatogenezie chorób wieku rozwojowego główną rolę odgrywają wszelkie nieprawidłowości w życiu rodziny (stworzono pojęcie rodziny psychosomatycznej).

Przedstawiciele drugiego podkreślają znaczenie przykrych zdarzeń życiowych jako czynnika transakcyjnego pomiędzy interakcjami społecznymi dziecka a jego stanem zdrowia.

W modelu klinicznym problemy somatyczne pacjenta rozpatruje się w kontekście czynników psychologicznych: rodzinnych i związanych z osobą dziecka, niekiedy uznając je za przyczynę samej choroby.

Uwarunkowania psychospołeczne niektórych dolegliwości somatycznych w pełni uzasadniają wprowadzenie do procesu leczenia takich form psychoterapii, jak: indywidualna, relaksacyjna, psychoedukacyjna i socjoterapia.

Za główne osiągnięcie współczesnej medycyny uznaje się psychosomatyczne podejście lekarza w kontakcie z pacjentem. Jest to specyficzny sposób widzenia i ujmowania choroby, jej etiopatogenezy i przebiegu, problemów pacjenta oraz postępowania leczniczo-rehabilitacyjnego. Szeroko i wnikliwie uwzględnia się rolę czynników psychicznych i sytuacyjnych w powstaniu i rozwoju choroby oraz w sposobie jej leczenia. Orientacja ta winna bezwzględnie obowiązywać w medycynie pediatrycznej, w której, jak twierdzi B. Wasilewski (1987 s.104), „... nie powinno być miejsca, gdzie historie choroby pozabawione są jakiegokolwiek wzmianki o sytuacji rodzinnej dziecka i jego stanie psychicznym”.

Twórca medycyny psychosomatycznej Franz Alexander (za: M. Jarosz 1983) uważa, że następujące czynniki powinny być brane pod uwagę w dążeniu do poznania etiologii i patogenezy choroby:

- a) dziedziczna konstytucja,
- b) urazy porodowe,
- c) choroby organiczne przebyte w niemowlęctwie, które zwiększają podatność pewnych narządów (na różne szkodliwości),
- d) rodzaj opieki, jaką dziecko było otoczone w niemowlęctwie,
- e) fizyczne przeżycia urazowe w niemowlęctwie i w późniejszym dzieciństwie,
- f) emocjonalne przeżycia urazowe w niemowlęctwie i w późniejszym dzieciństwie,
- g) klimat emocjonalny w rodzinie i specyficzne rysy osobowości rodziców i rodzeństwa,
- h) późniejsze urazy fizyczne i późniejsze doznania emocjonalne w bliskich stosunkach w życiu prywatnym i w życiu zawodowym.

Niektóre spośród wyróżnionych czynników były od dawna uwzględniane w medycynie pediatrycznej, jak chociażby a, b, c, e, natomiast znaczenie pozostałych, z wyjątkiem ostatniego, który należy odnieść do populacji ludzi dorosłych, zostało wyraźnie podkreślone przez zwolenników psychosomatyki. Trzeba jednak zauważyć, że pierwsze prace ukazujące wpływ czynników psychicznych, związanych z kontaktem z matką, na umieralność niemowląt ukazały się ponad 90 lat temu (za: B. Wasilewski 1987). Sformułowany wówczas pogląd o roli matki w patogenezie dziecięcych chorób somatycznych był w sposób konsekwentny podtrzymywany i rozwijany przez pediatrów o orientacji psychoanalitycznej. I tak R. Gaddoni (za: K. Dropowa 1987) twierdzi, że w późniejszych dolegliwościach dziecka można zawsze dopatrzeć się nieprawidłowych relacji matki z dzieckiem w pierwszych okresach życia. Zresztą na każdym etapie jego rozwoju może dojść do konfliktu potrzeb z postawami rodzicielskimi, co będzie stanowić przyczynę wystąpienia objawów psychosomatycznych.

Współcześni lekarze pediatrzy (za: M.E. Garralda, D. Bailey 1990) twierdzą, iż u 47% dzieci w wieku 7–12 lat, zgłaszających się w ich gabinetach, dolegliwości somatyczne są uwarunkowane czynnikami psychologicznymi. Mali pacjenci najczęściej skarżą się na bóle głowy, stawów, bóle w piersiach, zaburzenia układu pokarmowego, zamroczenia. Bardzo często objawom somatycznym towarzyszą zaburzenia nastroju, zwłaszcza stany depresyjne, zaburzenia zachowania i kontaktów interpersonalnych.

W pediatrii występują trzy modele, usiłujące wyjaśnić istotę zależności czynników organicznych i psychologicznych w powstawaniu, rozwoju i przebiegu niektórych chorób u dzieci.

I. Model psychoanalityczny

Zwolennicy klasycznych teorii w psychosomatyce, wszelkie nieprawidłowości w życiu rodziny uważali za główną przyczynę powstania i rozwoju niektórych chorób wieku dziecięcego. Stworzyli pojęcie rodziny psychosomatycznej, którą charakteryzowały cztery cechy (za: T.W. Burbeck 1979):

1. Brak autonomii i wzajemnego poszanowania dla „poczucia własnej indywidualności i prywatności” wśród członków rodziny; są oni ze sobą bardzo mocno związani uczuciowo, ciągle się martwią nawzajem o siebie, kontrolują swoje reakcje i zachowania, rodzice utrudniają dzieciom zdobycie samodzielności.

2. Wzajemna nadopiekuńczość członków rodziny; jeśli dziecko zachoruje, to każda z tych osób pragnie zorganizować nad nim opiekę na swój sposób, co oczywiście rodzi sytuacje konfliktowe.

3. Sztywność; członkowie nie dostrzegają w swojej rodzinie żadnych problemów poza wystąpieniem dolegliwości somatycznych u niektórych spośród nich, nie widzą potrzeby zmiany sposobu reagowania i wzajemnych interakcji.

4. Brak konfliktów i zdecydowanych rozwiązań trudnych sytuacji; w rodzinach tych nigdy nie dochodzi do konfrontacji sądów, opinii, uczuć i potrzeb. Utrzymuje się chroniczny stan stresu i wewnętrznego napięcia z powodu tłumionych, nie rozwiązanych konfliktów. Dolegliwości somatyczne dziecka to symbol rodzinnych problemów, przyczyną których jest poniekąd i jego osoba.

Gdy próbowano występowanie tych cech potwierdzić w badaniach empirycznych, to okazało się, że są one charakterystyczne dla wszystkich rodzin, które wychowują dzieci przewlekłe chore bez względu na rodzaj schorzenia (H.Ch. Steinhausen i in. 1983). Wyniki tych badań mają bardzo duże znaczenie zarówno dla teorii, jak i dla działalności praktycznej. Choroba dziecka nie jest wyłącznym następstwem wadliwego funkcjonowania rodziny, lecz to ona właśnie zmienia wzajemne relacje jej członków, ich sposób reagowania w różnych sytuacjach. Wtórnie wszelkie nieprawidłowości w życiu rodziny chorego dziecka mogą stać się przyczyną zakłóceń, zahamowań czy wreszcie zaburzeń w jego rozwoju psychicznym, mogą również zaostrzać przebieg

procesu chorobowego. Ogólnie należy przyjąć, że czynniki psychologiczne decydują o rozwoju i przebiegu niektórych chorób somatycznych, lecz nie u wszystkich osób i nie zawsze. Zwolennicy tego stanowiska twierdzą, iż 3/4 dzieci zgłaszających się u lekarza w taki właśnie sposób manifestuje swoje problemy.

II. Model psychospołeczny

Zaburzenia emocjonalne, manifestujące się w zachowaniu dziecka są pierwszymi symptomami rozwijającej się u niego choroby. Należy je uznać raczej za czynnik towarzyszący dolegliwościom somatycznym, choć niekiedy przeżycia emocjonalne mogą prowadzić do powstania niekorzystnych strukturalnych i funkcjonalnych zmian w organizmie dziecka.

Przedstawiciele tego stanowiska (M. Fitzgerald 1985, H. Arö i in. 1989) zwracają uwagę na zdarzenia stresogenne w rozwoju małego pacjenta, które pełnią rolę czynnika transakcyjnego pomiędzy układami społecznymi, w których on znajduje się a stanem jego zdrowia. Przykre zdarzenia życiowe mogą zmieniać prawidłowe interakcje dziecka tak, iż będą one bezpośrednim źródłem stresu i jego psychosomatycznych problemów. I odwrotnie – korzystne więzi społeczne mogą stanowić specyficzny rodzaj wsparcia dla dziecka i czynnik buforowy w sytuacjach stresogennych.

Związki pomiędzy zdarzeniami życiowymi, społecznym wsparciem a zaburzeniami psychosomatycznymi są jednak bardzo złożone i wielokierunkowe. We wczesnych fazach rozwoju, rodzina jako pierwsze środowisko społeczne decyduje o zdrowiu. Nieprawidłowe więzi uczuciowe pomiędzy członkami rodziny zwykle współwystępują z większą liczbą przykrych zdarzeń. Istnieje pomiędzy nimi stałe sprzężenie zwrotne. Stresogenne zdarzenia życiowe modyfikują związki emocjonalne w rodzinie w taki sposób, iż mogą one prowadzić do wystąpienia symptomów choroby psychosomatycznej. Ale jednocześnie niekorzystne relacje uczuciowe mogą wywoływać przykre zdarzenia życiowe, będące bezpośrednim źródłem zaburzeń psychosomatycznych. W późniejszym okresie same dolegliwości mogą być przyczyną niekorzystnych zmian w interakcjach rodzinnych, jak również generatorem przykrych zdarzeń życiowych. Tak więc skutek i przyczyna ustawicznie przeplatają się ze sobą. Pytanie o przyczynę i początek choroby psychosomatycznej jest zazwyczaj trudne, wymaga długiej i szczegółowej analizy historii życia i rozwoju dziecka.

W późniejszych fazach rozwoju negatywne zdarzenia życiowe wiążą się zwykle z brakiem przyjaciół. Kontakty rówieśnicze odgrywają większe znaczenie w życiu dziewcząt niż chłopców. Brak tych interakcji lub występujące w nich nieprawidłowości łagodzą poniekąd pozytywne i silne więzi uczuciowe z obydwojoma rodzicami.

Uogólniając założenia modelu psychospołecznego można powiedzieć, iż dzieci i młodzież, którym brak jest rodzinnego lub koleżeńskiego wsparcia częściej narażeni są na występowanie przykrych zdarzeń w ich życiu, tym samym więc stanowią grupę ryzyka dla zaburzeń psychosomatycznych. Zdaniem zwolenników tego modelu, czynniki psychospołeczne odgrywają istotną rolę w patogenezie chorób somatycznych u 2% – 10% dzieci.

III. Model kliniczny

Problemy somatyczne małych pacjentów należy zawsze rozumieć w kontekście czynników psychologicznych, choć te niekoniecznie muszą być ich przyczyną. Lekarze praktycy sądzą, iż u około 20% dzieci odgrywają one znaczącą rolę w początkach chorób określanymi mianem psychosomatycznych (M.E. Garralda, D. Bailey 1987). Czynniki psychologiczne ujmują się zwykle w dwie grupy: rodzinne i związane z osobą dziecka. Czynniki tkwiące w rodzinie obejmują zarówno jej strukturę i status socjoekonomiczny, jak również postępowanie wychowawcze rodziców. M.E. Garralda i D. Bailey (1990) podkreślają, iż dolegliwości psychosomatyczne najczęściej występują u dzieci środkowych i najmłodszych. Nadmiar opieki ze strony innych członków rodziny zbyt silnie rozwija u tych dzieci potrzebę zależności. Choroba staje się dla nich środkiem do zaspokojenia tej potrzeby, zmusza niejako najbliższych do ciągłego interesowania się problemami cierpiącego dziecka. W życiu pacjentów psychosomatycznych częściej występują tragiczne zdarzenia rodzinne – śmierć jednego z rodziców, rozwód bądź separacja rodziców, poważne przewlekłe lub terminalne choroby najbliższych członków rodziny. Nieobojętny jest również fakt pracy zawodowej matki. W grupie dzieci dotkniętych dolegliwościami psychosomatycznymi matki częściej podejmowały pracę zawodową w okresie, gdy one były jeszcze niemowlętami. Występujące zaburzenia są najprawdopodobniej konsekwencją przeżytej choroby sieroczej¹. Jak twierdzi bowiem R. Gaddoni (za: G. Balleyguier

¹ Zgodnie z teorią Mahler, zdrowie jednostki zależy od jakości pierwszych interakcji matki z dzieckiem, w toku których tworzą się specyficzne struktury psychiczne: reprezentacja "ja" i repre-

1989) na nieprawidłowy przebieg procesu separacji – indywidualizacji narażone są nie tylko dzieci wychowywane w instytucjach, ale również te wszystkie, które miały zmieniające się nianie w dzieciństwie, które nie były karmione piersią i które spały w samodzielnych pokojach. Status ekonomiczny rodzin nie jest czynnikiem istotnym w patogenezie chorób psychosomatycznych.

Niektórzy autorzy uważają, iż w powstaniu, rozwoju i przebiegu wielu chorób u dzieci szczególną rolę odgrywają pewne aspekty wychowania, obowiązującego w ich domach rodzinnych. Dla jednych (J. Hermans, I. Florin i in. 1989) są to przede wszystkim ujemne postawy emocjonalne, wyrażające się w nadmiernym krytycyzmie wobec dziecka. Nigdy nie potrafi ono zadowolić swoich rodziców, nigdy za nic nie jest chwalone, gdyż to co czyni, lub jak postępuje wynika z jego obowiązku. Ciągłe okazywanie dziecku dezaprobaty powoduje, iż komunikacja pomiędzy nim a rodzicami staje się coraz bardziej negatywna, niejednokrotnie prowadzi do nieporozumień. Nadmierny krytycyzm i negatywną komunikację uczuciową uważa się za dwa chroniczne stresory, generujące ujemne emocje w przeżyciach dziecka. Przykre stany emocjonalne są przyczyną zmian w funkcjonowaniu gruczołów dokrewnych, które z kolei wpływają na system immunologiczny. W ten sposób stresująca komunikacja wewnątrzrodzinna obniża odporność fizjologiczną organizmu dziecka i zwiększa jego podatność na choroby somatyczne. Cytowane wyżej autorki dowiodły w badaniach empirycznych, iż matki dzieci astmatycznych charakteryzowały się istotnie wyższym poziomem krytycyzmu wobec własnych dzieci niż matki z grupy kontrolnej, a ponadto dzieci matek nadmiernie krytycznych częściej cierpiały napady duszności.

Inni (za: R. Liedke 1990) sądzą, iż w rodzinach dzieci dotkniętych chorobą psychosomatyczną panuje specyficzny styl wychowania. Rodzice dążą do utrzymania silnych, niemal symbiotycznych więzi z dzieckiem tak długo, jak tylko to jest możliwe. Rozwijanie niezależności dziecka, jego zaufania do samego siebie, pewności siebie, wiary we własne siły i możliwości nie są celami wychowawczymi, które zamierzaliby realizować. Względem siebie, są mało krytyczni, uważają się za doskonałych rodziców, świetnie radzących sobie ze wszelkimi problemami wynikającymi z procesu wychowania. W swoim zachowaniu są sztywni, gdyż oni najlepiej wiedzą, jak należy z dzieckiem postępować. Unikają kontaktów z otoczeniem, gdyż mogłyby

zentacja „pierwszego obiektu”. Najważniejszy w rozwoju dziecka jest okres do 4 roku życia. Zwie się go okresem psychologicznych narodzin dziecka lub okresem separacji – indywidualizacji. Wówczas to kształtuje się poczucie odrębności od świata zewnętrznego, a zarazem poczucie związku z tym światem. Brak opieki lub empatii ze strony matki prowadzi do rozlicznych zaburzeń osobowości, które mogą stanowić podłoże rozwoju chorób psychosomatycznych.

one zakłócić raz na zawsze ustalone wzajemne relacje. W wychowaniu dominują matki, które zazwyczaj są nadopiekuńcze, zaś ojcowie są pasywni i łagodni. Rodzice preferują wychowanie rozpieszczające, ale zarazem ograniczające kontakty dziecka. W ich koncepcji wychowania rodzina jest tym środowiskiem, w którym dziecko może zaspokoić wszystkie swoje potrzeby.

Ten styl wychowania wiąże bardzo mocno dziecko z obojgiem rodziców, a szczególnie z matką. Stanowi jednak bardzo duże zagrożenie dla rozwoju prawidłowej struktury jego osobowości. Perspektywiczne konsekwencje tego stylu wychowania to: stale utrzymujący się lęk separacyjny, brak poczucia wartości, negatywny obraz świata oraz brak umiejętności wyrażania swych negatywnych emocji, a zwłaszcza gniewu i złości w sposób aprobowany społecznie.

Nadmierne ochranianie, rozpieszczanie i izolowanie dziecka od świata może być niekiedy reakcją rodziców na jego chorobę. Podłoże takiego postępowania stanowi lęk o zdrowie, życie i przyszłość dziecka, a także chęć wynagrodzenia mu nadmiarem uczucia tych wszystkich doświadczeń, które są dla niego niedostępne z powodu dolegliwości. Jeśli taki styl wychowania dominował w rodzinie przed wystąpieniem choroby dziecka, to z dużym prawdopodobieństwem można go uznać za źródło aktualnie występujących problemów zdrowotnych i wychowawczych.

Badania nad osobowością dzieci cierpiących na różne dolegliwości psychosomatyczne pozwalają przyjąć za słuszne założenie, iż charakteryzują się one pewnymi cechami, które zwiększają ryzyko zachorowania, modyfikują przebieg choroby i utrudniają proces leczenia. Najczęściej zalicza się do nich: lękliwość, niestałość emocjonalną, wrażliwość, kapryśność, obawę przed nieznanymi osobami i nowymi sytuacjami, intropunitywną orientację w sytuacjach trudnych (samoobwinianie się i autokaranie). Rodzaj i stopień ciężkości choroby nie wyznacza jednak w sposób bezpośredni rozwoju tych cech, ich pojawienie się w zachowaniu pacjenta zależy w większym stopniu od uwarunkowań sytuacyjnych i zdarzeń życiowych.

Jak widać z przedstawionych rozważań wzajemne zależności pomiędzy przebiegiem choroby, rozwojem psychicznym dziecka a rodzajami wpływów środowiskowych są bardzo złożone i skomplikowane. Jedynie wnikliwa analiza dotychczasowego rozwoju pacjenta i przebiegu jego choroby w kontekście biologicznych, psychologicznych i społecznych uwarunkowań pozwoli określić w miarę dokładnie zakres ich odpowiedzialności za początek, a następnie przebieg procesu chorobowego.

Psychoterapia w leczeniu i rewalidacji dzieci chorych

Znaczenie czynników psychospołecznych w samym przebiegu choroby wystarczająco uzasadnia potrzebę wprowadzenia do procesu leczenia i rewalidacji, obok niezbędnych środków farmakologicznych, różnych technik psychoterapii pacjenta i jego rodziny.

Przegląd piśmiennictwa (H.C. Deter, G. Allert 1983, E.C. Perrin, E. Shapiro 1985, J.V. Lavigne i in. 1992, W. Pilecka 1992) upoważnia do stwierdzenia, iż najczęściej terapeuci stosują trening relaksacyjny, desentyzacje, biofeedback, terapię indywidualną, trening rozwijający umiejętności kierowania sobą (*self-management*), a ostatnio praktycy opowiadają się za tzw. terapią kompleksową, obejmującą różne formy pomocy psychologicznej, której celem byłaby integracja rozwijających się struktur osobowości dziecka. Terapia ta obejmuje trzy elementy:

1. Terapię indywidualną, w toku której terapeuta poznaje wraz z pacjentem jego problemy, próbuje wzbudzić jego zaufanie do personelu medycznego i osób odpowiadających za jego wychowanie i opiekę, a także do grupy rówieśniczej. Wiele dzieci chorych wymaga psychoterapii indywidualnej, zwłaszcza w pierwszym etapie leczenia, w czasie pierwszego pobytu w szpitalu czy w sanatorium. Niektóre cechy osobowości małych pacjentów (nastawienie lękowe, skłonności neurotyczne, obniżenie nastroju aż do depresji, tendencja do zamykania się w sobie, negatywizm) utrudniają im uczestnictwo w zajęciach zespołowych. Grupa stanowi dla nich swoiste zagrożenie z powodu nadmiaru stymulacji, jakiej ona dostarcza oraz konieczności podporządkowania się członkom grupy i emocjonalnego uzależnienia się od nich. Indywidualny kontakt z terapeutą w rozmowie, zabawie, w różnych formach wspólnego działania zaspokaja potrzeby emocjonalne dziecka, poznaje ono lepiej swoje uczucia i problemy, kształtuje prawidłowy stosunek do siebie i innych osób, uczy się zmagać z trudnościami, jakie stwarza choroba, przygotowuje je do udziału w terapii grupowej.

2. Terapię relaksacyjno-koncentrującą, mającą na celu wprowadzenie organizmu w stan relaksu, odprężenia. Reakcja relaksu to zmiana organizmu, polegająca na zmniejszeniu napięcia mięśniowego oraz obniżeniu jego ogólnej mobilizacji. W subiektywnym odczuciu oznacza ponadto „wewnętrzne uspokojenie”, „wewnętrzną ciszę”, „odprężenie”, dostarcza zatem przyjemnych przeżyć. Doznawanie takich stanów działa z kolei korzystnie na obraz siebie, wzmacniając akceptację własnej osoby i pozytywne nastawienie do siebie. Najczęściej terapeuci stosują trening autogenny Schultza, technikę relaksacji Jacobsona oraz metodę desentyzacji.

3. Terapię grupową, obejmującą terapię psychoedukacyjną i socjoterapię. Cel pierwszej to wyjaśnienie istoty choroby, znaczenia psychicznych czynników w jej rozwoju oraz kształtowanie umiejętności kierowania sobą, zwanych też umiejętnościami radzenia sobie czy umiejętnościami samopomocy (*self care skills*). Umiejętności te obejmują:

- samoobserwację (*self-monitoring*),
- prowadzenie systematycznych opisów własnego samopoczucia i sprawności w formie dzienniczka (*self-recording*),
- instruowanie samego siebie (*self-instruction*),
- podejmowanie decyzji i rozwiązywanie problemów (*decision making-problem solving*).

Umiejętność samoobserwacji to poznanie samego siebie, a zwłaszcza charakterystycznych cech funkcjonowania organizmu i tych wszystkich elementów sytuacji zewnętrznych, a także własnych reakcji, które mogą przyczynić się do zaostrzenia procesu chorobowego. To również obserwacja skuteczności i ubocznych efektów działania przyjmowanych leków. Młodsze dzieci kształtują te zdolności z pomocą personelu medycznego i rodziców. Pacjenci są obowiązani do prowadzenia systematycznych dzienniczków przebiegu choroby. Samoinstruowanie to kierowanie do siebie słownych wskazań, ułatwiających podejmowanie właściwych reakcji i zachowań, zwłaszcza tych, których celem będzie ochrona zdrowia.

Tak przygotowany pacjent próbuje zastosować nabyte umiejętności w konkretnych sytuacjach życia, obserwuje swoje reakcje w chwili złego samopoczucia, próbuje je za pomocą rodziców lub personelu medycznego analizować i podjąć taką decyzję, która pozwoli zapobiec pogorszeniu stanu zdrowia. W terapii grupowej starsze dzieci dzielą się swymi doświadczeniami, próbują wzajemnie sobie pomóc w rozumieniu reakcji własnych organizmów i ustaleniu skutecznych sposobów radzenia sobie z dolegliwościami choroby i ograniczeniami, jakie ona stwarza. Pacjenci kontrolując w coraz większym stopniu przebieg choroby, kształtują w sobie wewnętrzne przekonanie o możliwości zapobiegania kolejnym jej nawrotom. Kompetencje skutecznego radzenia sobie w sytuacji choroby powstają stopniowo, ale już małe dzieci (w wieku przedszkolnym) powinny poznawać, jak to sugerują E.C. Perrin i E. Shapiro (1985), sposoby kontroli stanu swego zdrowia. Intensywny trening umiejętności kierowania sobą należy rozpocząć około 9 roku życia.

W socjoterapii zmierza się do korekcji nieprawidłowych relacji pacjenta z otoczeniem, próbuje się zmienić niewłaściwe zachowania społeczne pacjentów. Układ zajęć socjoterapeutycznych dla uczniów szkół podstawowo-

wych został opracowany przez J. Strzemiecznego (1988) i można go realizować według pomysłu autora lub też wprowadzić własne modyfikacje.

Równolegle powinny być prowadzone zajęcia z rodzicami, zmierzające do redukcji ich lęku, kształtowania prawidłowej percepcji choroby dziecka i ograniczeń, jakie ona stwarza, a także rozwijania umiejętności radzenia sobie w momentach zaostrzenia się procesu chorobowego. W pracy z rodzicami wykorzystuje się różne formy terapii: psychodramę, dyskusje grupowe, techniki relaksacyjne, techniki kontrolowania własnych reakcji i zachowań. Terapia pomaga zrozumieć problemy dziecka oraz uczy radzić sobie z jego chorobą.

W zakończeniu przedstawionych rozważań należy wyraźnie podkreślić, iż choroba nie musi być ani skutkiem, ani też przyczyną niekorzystnych zmian w postępowaniu wychowawczym rodziców i w strukturze ich rodzicielskich postaw. Model postępowania oraz postawy matki i ojca kształtują się w zależności od ich poglądów na istotę oraz zdrowie i społeczne znaczenie choroby, od ich stosunku do osób niepełnosprawnych w ogóle, wreszcie od ich właściwości psychicznych i ich ogólnych poglądów na wychowanie.

Literatura

- Arö H., et al., *Social support, life events and psychosomatic symptoms among 14–16 year-old adolescents*, Soc.Sci.Med. 1989, 29
- Balleyguier G., *Małe dziecko i „pocieszyciel”* (tłum. E. Czerniawska), Nowiny Psychologiczne 1989, 1
- Burbeck T.W., *An empirical investigation of the psychosomatogenic family model*, Journal of Psychosomatic Research 1979, 23
- Deter H.C., Allert G., *Group therapy for asthma patients: a concept for the psychosomatic treatment of patients in a medical clinic—a controlled study*, Psychother. Psychosom. 1983, 40
- Dropowa K. i in., *Profilaktyka i terapia zaburzeń psychosomatycznych u dzieci i młodzieży*, w: *Psychosomatyczne aspekty terapii i profilaktyki*, red. B. Wasilewski, K. Czubalski, J. Tylka, wyd. F.Z.Z.P.O.Z., Warszawa 1987
- Fitzgerald M., *Behavioural deviance and maternal depressive symptoms in pediatric outpatients*, Arch.Dis.Child 1985, 60
- Gerralda M.E., Bailey D., *Psychosomatic aspects of children's consultations in primary care*, Eur. Arch. Psychiat. Neurol. Sei. 1987, 236
- Gerralda M.E., Bailey D., *Paediatrician identification of psychological factors associated with general paediatric consultations*, Journal of Psychosomatic Research 1990, 3
- Hermans J., Florin I., et al., *Maternal criticism, mother – child interaction and bronchial asthma*, Journal of Psychosomatic Research 1989, 33
- Jarosz M. (red.), *Psychologia lekarska*, PZWL, Warszawa 1983
- Lavigne J.V., et al., *Evaluation of a psychological treatment package for treating pain in juvenile rheumatoid arthritis*, Arthritis Care and Research 1992, 2
- Liedtke R., *Socialization and psychosomatic disease: An empirical study of the educational style of parents with psychosomatic children*, Psychother. Psychosom. 1990, 54

- Perrin E.C., Shapiro E., *Health locus of control beliefs of healthy children, children with a chronic physical illness and their mothers*, The Journal of Pediatrics 1985, 4
- Pilecka W., *Dynamika rozwoju psychicznego dzieci chorych na astmę i mukowiscydozę*, WSP, Kraków 1990
- Steinhausen H.Ch, et al., *Correlates of psychopathology in sick children: an empirical model*, Journal of the American Academy of Child Psychiatry 1983, 6
- Strzemieczny J., *Program zajęć socjoterapeutycznych dla dzieci ze szkół podstawowych*, MEN, Warszawa 1988
- Wasilewski B., *Zagadnienia psychosomatyczne jako problem w terapii i profilaktyce chorób somatycznych*, w: *Psychosomatyczne aspekty terapii i profilaktyki*, red. B. Wasilewski, K. Czabalski, J. Tylka, wyd. F.Z.Z.P.O.Z, Warszawa 1987

Władysława Pilecka

Psychosomatic Problems in Treatment and Revalidation of Children

Summary

In paediatric medicine three models explaining the nature of associations between organic and psychological factors in the genesis, development and duration of some diseases in children are accepted: psychoanalytic, psychosocial and clinical.

The adherents of the first model suppose that different disturbances in family life are very important factors in the etiopathogenesis of many children's diseases (they create the notion of the psychosomatic family).

The second model emphasizes the role of adverse life events as a transactional factor between the social relationship of the child and the status of his/her health.

In the clinical model the somatic problems of a patient are considered in the context of different psychological factors connected with his family as well as his personality, not necessarily admitting them as a cause of disease.

The psychosocial conditions of some somatic complaints allow us to use the following forms of psychotherapy in the treatment: individual psychotherapy, relaxation, psychoeducational therapy and sociotherapy.