

Bibliografia

- Brzozowska, A., Blachno, M. (2005). *Maltretowanie fizyczne i wykorzystywanie seksualne dziecka*. W: T. Wolańczyk, J. Komender (red.), *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*. Warszawa: Wydawnictwo PZWL.
- James, B. (2003). *Leczenie dzieci po urazach psychicznych*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania problemów Alkoholowych.
- Pacewicz, A. (1992). *O nadużyciach seksualnych*. Warszawa: Instytut psychologii Zdrowia i Trzeźwości.

Bóle głowy, bóle brzucha o podłożu emocjonalnym

Dr. VIII

Jedną z teorii wyjaśniających powstawanie objawów psychosomatycznych u dzieci jest teoria systemów. Zakładająca, że rodzina i wszyscy jej członkowie tworzą system wzajemnie na siebie wpływając. Jednocześnie rodzina wchodzi w interakcję ze światem, który składa się z innych systemów: szkoły przedszkola.

Rozwój psychiczny dziecka jest ściśle związany z funkcjonowaniem jego rodziny. Obrazy i wyobrażenia tego, jakie będzie dziecko tworzą się już wtedy kiedy kobieta jest w ciąży. Indywidualny rozwój psychiczny dziecka jest związany z fazami cyklu życia rodziny (Namyśłowska, 2005).

Duvall dzieli cykl życia rodziny na osiem faz:

- małżeństwo
- rodzina wychowująca małe dzieci
- rodzina z dzieckiem w wieku przedszkolnym
- rodzina z dzieckiem w wieku szkolnym
- rodzina z dorastającymi dziećmi
- rodzina z dziećmi opuszczającymi dom
- stadium pustego gniazda
- starzejący się rodzice.

Zadaniem rozwojowym pierwszej fazy jest stworzenie rodziny. Ceremonia ślubna jest ważnym wydarzeniem, które symbolicznie zaznacza granice pomiędzy rodziną pochodzenia a nowo powstałą rodziną. Partnerzy wnoszą do relacji wartości, przekonania, które wymieśli ze swoich rodzin pochodzenia. Jest to etap, na którym młoda para prowadzi negocjacje ze sobą dotyczące oczekiwań i kompromisów dotyczących dalszego życia. Uczy się stawiania jasnych granic względem rodzin i otoczenia.

Kolejna fazy jest związane są z pojawieniem się nowego członka rodziny. Wiele teorii psychologicznych podkreśla, jak ważna jest relacja z dzieckiem w kontekście jego rozwoju psychicznego (Mahler, Bowlby). To jednak wpływa na zmianę struktury rodziny ponieważ tworzy się naturalny podsystem matka-dziecko. Młodzi małżonkowie muszą przeorganizować swoje dotychczasowe życie domowe, pracę co często wiąże się z konfliktami. Zdarza się również, że rodzice, którzy nie radzą sobie z nową sytuacją źródła problemów w relacji upatrują w dziecku, które staje się ko-

złem ofiarnym. Często w takich przypadkach zaczynają się pojawiać różne symptomy somatyczne. Teorie systemowe zakładają, że objaw pojawia się w sytuacji zaburzenia równowagi sił rodzinnych (Kotbik, 1999).

Kolejnych kryzysów może doświadczać system rodzinny, kiedy dziecko rozpoczyna naukę w przedszkolu i szkole i rozwija się na wszystkich płaszczyznach swojego funkcjonowania. System rodzinny musi dostosować się do nadchodzących zmian.

Problemy z separacją dziecka od matki co może w konsekwencji prowadzić do trudności w chodzeniu do szkoły. Matka, która pełniła opiekę nad dzieckiem wraca do aktywności zawodowej, co może wiązać się obawami co do swoich szans na rynku pracy, jak również lękiem o dziecko, które rozpoczyna karierę przedszkolną/szkolną. Mąż również musi odnaleźć się w nowej sytuacji, pogodzić się ze zmianami i renegocjacja obowiązków w domu (Namyśłowska, 2000). Przechodzenie z jednej fazy cyklu życia rodziny do drugiej wiąże się z naturalnym kryzysem, w zależności od potencjału rodziny kryzys jest pokonywany szybciej lub wolniej. Zdarza się jednak, że dochodzi do zatrzymania cyklu na jednej z faz z powodu braku zasobów do poradzenia sobie z zaistniałą sytuacją. Na przykład, matka będąca z dzieckiem w ścisłym podsystemie pomimo wieku dziecka 7 lat karmi je, ubiera. Dziecko ma trudności w kontaktach społecznych w konsekwencji przestaje chodzić do szkoły, ponieważ przed każdym wyjściem pojawiają się dokuczliwe bóle brzucha. Opracowano cechy rodziny psychosomatycznej na podstawie badań nad rodzinami, w których jedno dziecko jest chore na anoreksję, cukrzycę i astmę.

Cechy rodzin psychosomatycznych**A. Uwikłanie.**

Granice w poszczególnych podsystemach są zatarte. Dzieci są włączane w koalicje i są wykorzystywane w konfliktach pomiędzy małżonkami. Członkowie rodziny kontrolują siebie nawzajem i ingerują w swoje życie.

B. Nadopiekuńczość.

Utrudnia lub wręcz uniemożliwia funkcjonowanie poza systemem rodzinnym. Nadopiekuńczość nie dotyczy osoby, która ma objawy, ale jest sposobem na życie całej rodziny.

C. Mała tolerancja konfliktu.

W rodzinie jest brak przyzwolenia na wyrażanie odmienności i zaprzeczanie istnienia konfliktu.

D. Sztwność.

Nietolerowanie żadnych zmian włącznie ze zmianami związanymi z cyklem życia rodzinnego.

E. Włącznie dziecka w konflikt rodzicielski.

Rodzice, którzy nie tolerują konfliktu, mogą zamienić konflikt małżeński na konflikt rodzicielski, który oscyluje wokół trudnego zachowania dziecka (Namyśłowska, 2000).

Według Eysencka (1983) choroby psychosomatyczne są wynikiem interakcji dwóch czynników: określone cechy osobowości (neurotyzm, psychotyzm/skrajne nasilenie ekstrawersji i introwersji) oraz stres. Słaba odporność również odgrywa dużą rolę, ponieważ nasila efekt działającego na jednostkę stresu (Byśneck, 1983 za: Bartoszek, 2010).

W badaniach przeprowadzonych na próbie 28 dzieci (wiek od 6 do 16 lat, średnia 11), które cierpiały na nawracające bóle brzucha aż 31,8% z nich ma podwyższony poziom neurotyzmu.

W badanej grupie przeważały dziewczynki (21–75%), chłopców było 7–25%.

Dzieci, które miały podwyższony poziom neurotyzmu były częściej zaniepokojone, lękliwe, martwiły się. 16 z tych dzieci wychowuje się w rodzinie, w której dochodzi do częstych nieporozumień konfliktów, rozwodów, uzależnień. Środowisko szkolne również mogło być czynnikiem stresogennym ze względu na nadmiar obowiązków szkolnych, problemy z rówieśnikami, nauczycielami, trudności w zaspokajaniu oczekiwań rodziców (Komraus, Woźniak, Grzybowska-Chlebowczyk, Woś, 2007).

Inne badania na większej grupie dzieci (66 dzieci od 11–16 lat) dostarczą przybliżonych wyników. Dziewczęta cierpiące na bóle brzucha charakteryzuje wyższy poziom jawnego lęku (Radziewicz-Winnicki, Więcek, Woś, Janowska, 2007).

Układ limbiczny jest centrum emocjonalnym. Jest również odpowiedzialny za ekspresję emocjonalną. Powstałe procesy emocjonalne, które powstają w ośrodkowym układzie nerwowym pod wpływem bodźców, które są uwarunkowane przez środowisko wpływają i pobudzają autonomiczny układ nerwowy, podwzgórze, układ endokrynnny powodują na powstawanie zmian w obrębie narządów całego organizmu. Początkowo zmiany te są czynnościowe, jednak kiedy utrzymują się dłużej czas, mogą powodować objawy somatyczne (Ekman, Davidson, 2000) i [...] objawy stwierdzane badaniami i rozpatrywane jako choroby psychosomatyczne [...]” (Bartoszek, 2010, s. 62).

Badania i obserwacje prowadzone przez lekarzy pokazują, że zaburzenia u dzieci mogą dotyczyć

- układu krążenia;
- układu oddechowego;
- układu pokarmowego (bardzo silnie odbierają nieprzyjemne emocje) (ból brzucha dotyczą od 20–40% dzieci oraz 75–78% nastolatków (Radziewicz-Winnicki, Więcek, Woś, Janowska, 2007);
- układ moczowy – częstomocz, moczenie mimowolne (dzieci, które się moczają w porównaniu z rówieśnikami bardziej zahamowane emocjonalnie);
- układ mięśniowy – długotrwałe napięcie mięśni szyi, twarzy wpływa na powstawanie bólów głowy;

- układ immunologiczny – pod wpływem dużego nasilenia stresu i matych możliwości adaptacyjnych może dojść do obniżenia odporności organizmu;
- skóra – pod wpływem stresu, niepokoju pojawiają się pokrzywki, świąd skóry, potliwość.

Bibliografia

- Bartoszek, B. (2010). Atopowe zapalenie skóry (azs). Jako choroba psychosomatyczna: Analiza badań. *Studia z Psychologii w KUJ*, t. 16.
- Ekman, P., Davidson, P. (2000). *Natura emocji*. Gdańsk: GWP.
- Koblik, I. (1999). *Procesy emocjonalne w rodzinie*. W: B. de Barbaro (red.), *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Komraus, M., Woźniak, M., Grzybowska-Chlebowczyk, U., Woś, H. (2007). Rola psychiki w nawracających bólach brzucha u dzieci. *Nowiny Lekarskie*.
- Namyśłowska, I. (2000). *Terapia rodzin*. Warszawa: IPiN.
- Namyśłowska, I. (2005). *Późne dzieciństwo-wiek szkolny*. W: I. Namyśłowska (red.), *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Radziewicz-Winnicki, I., Więcek, B., Woś, H., Janowska, M. (2007) *Aspekty psychosomatyczne dyspepsji czynnościowej u młodzieży w wieku szkolnym*. Studium wpływu neurotyczności na doznawane objawy somatyczne i odpowiedź na standardowe leczenie symptomów choroby. *Pediatria Współczesna. Gastroenterologia, Hepatologia i żywienie dziecka*, 9, 2, 115–121.

Opóźnienia rozwoju

Termin opóźnienia rozwoju może być stosowany w odniesieniu do rozwoju psychomotorycznego, rozwoju motorycznego, rozwoju umysłowego, rozwoju mowy. Jak podaje Janusz Kostrzewski (1991, s. 88), „Opóźnienie rozwoju psychomotorycznego – istotnie niższy niż przeciętny (o dwa odchylenia standardowe w świetle standardowych technik pomiaru tegoż rozwoju) ogólny rozwój psychomotoryczny, tj. rozwój motoryczny: lkomocji i kontroli postawy, koordynacji wzrokowo-ruchowej, mowy oraz dojrzałości społecznej dziecka, w którym istnieje uzasadnione prawdopodobieństwo późniejszego osiągnięcia normy”. Opóźnienia rozwoju psychoruchowego mogą świadczyć o chorobach układu nerwowego, wolniejszym dojrzewaniu układu nerwowego dziecka, braku dostatecznej stymulacji rozwoju matki dziecka (np. zerwanie więzi z matką). Termin ten nie powinien być synonimem upośledzenia rozwoju psychomotorycznego.

Według Kostrzewskiego (1991, s. 87), „Opóźnienie rozwoju motorycznego – istotnie niższy niż przeciętny (o dwa odchylenia standardowe w świetle standardowych technik pomiaru tegoż rozwoju) rozwój motoryczny dziecka, co do którego istnieje uzasadnione prawdopodobieństwo osiągnięcia normy”. Obserwując rozwój