

Małgorzata Mądry-Kupiec

*Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie, Studium Kształcenia Nauczycieli*

## Symbolika objawu psychosomatycznego u dziecka – studium przypadku

**ABSTRAKT:** Artykuł porusza problematykę chorób psychosomatycznych u dzieci, które coraz częściej występują i przejawiają się w szkole, czego przykładem jest omówiony przypadek Kasi. W powstawaniu tego rodzaju schorzeń dominującą rolę odgrywa psychika, a szczególnie nierozwiązane konflikty, urazy i, wiążące się z nimi, niewyrażone negatywne emocje. Dziecko chore psychosomatycznie cierpi nie mniej niż chory somatycznie, a bolący narząd symbolicznie odnosi się do problemu, z jakim dziecko musi się zmierzyć.

Jak odczytać tę symbolikę i w jaki sposób pomóc dziecku choremu psychosomatycznie w szkole, to jedna z kilku kwestii, poruszonych w tym artykule.

**SŁOWA KLUCZOWE:** psychosomatyka, negatywne emocje, symboliczny komunikat.

Kontakt:	Małgorzata Mądry-Kupiec e-mail: mmdrykupiec@gmail.com
Jak cytować:	Mądry-Kupiec, M. (2016). Symbolika objawu psychosomatycznego u dziecka: studium przypadku. <i>Forum Oświatowe</i> , 28(1), ... Pobrano z: <a href="http://forumoswiatowe.pl/index.php/czasopismo/article/view/152">http://forumoswiatowe.pl/index.php/czasopismo/article/view/152</a>
How to cite:	Mądry-Kupiec, M. (2016). Symbolika objawu psychosomatycznego u dziecka: Studium przypadku. <i>Forum Oświatowe</i> , 28(1), ... Retrieved from <a href="http://forumoswiatowe.pl/index.php/czasopismo/article/view/152">http://forumoswiatowe.pl/index.php/czasopismo/article/view/152</a>

Psychosomatyka jest dziedziną, obrazującą wpływ i znaczenie psychiki na zdrowie i życie człowieka. Słowo to łączy w sobie dwa pojęcia: psychiki i somy, wskazując na ich wzajemną zależność i podkreślając jedność psychofizyczną osoby. Który wpływ jest większy: psychiki na ciało czy ciała na psychikę? Trudno o jednoznaczną odpowiedź.

Wiadomym natomiast jest, że nasze myśli, emocje, doświadczenia, aktualna sytuacja, w jakiej się znajdujemy, wpływają na zdrowie fizyczne, podobnie jak choroba organiczna modyfikuje nasz sposób myślenia, nastawienia i nastroju. Nie ma tu jednej przyczyny i jednego skutku w postaci choroby, ponieważ „rezultatem działania wielorakich czynników psychospołecznych są coraz częściej obserwowane różne zaburzenia emocjonalno-wegetatywnego rozwoju dzieci” (Szewczyk, 2001, s. 7).

W niniejszym artykule zostanie rozpatrzona kwestia tych dwóch zależności, a mianowicie wpływu psychiki na ciało w kontekście symbolicznego komunikatu, jaki niesie bolący narząd dziecka i jego otoczeniu. Tematyka ta zostaje podjęta w związku z nielicznymi opracowaniami jej poświęconymi i trudnościami w dotarciu do danych statystycznych, które obrazowałyby skalę zjawiska. Trudności w dotarciu do danych mogą wynikać z wieloznaczności pojęcia „psychosomatyka”, w obrębie której mogą mieścić się: konwersja, zaburzenia pozorowane, somatyzacja, hipochondria, przewlekłe bóle itd. (Marcelli, 2013).

Przykładowo, Garralda (1996) pisze, że częstość występowania zaburzeń o ekspresji somatycznej u dzieci waha się od 2–10%, co jest zależne właśnie od zastosowanej definicji.

Coraz częściej podkreśla się również u dzieci związek chorób fizycznych z zaburzeniami emocjonalnymi (Majewicz, 2011), stanowiącymi podstawę dla dolegliwości bólowych, zaburzeń psychosomatycznych i chorób chronicznych (Krawczyński, 2002; Rainer, Reiner, 2004).

Niepokojącym jest także, jak wskazują badania nad komunikacją werbalną nauczycieli i uczniów na lekcji, że nauczyciele, słuchając młodzieży, nie zwracają uwagi na wyrażane przez nią emocje i często je pomijają. Ważniejszy staje się przekaz poznawczy i racjonalne argumenty uczniów (Mądry-Kupiec, 2011).

Tymczasem, nie da się odseparować emocji od myśli, zwłaszcza jeśli są to emocje negatywne, które, skumulowane i tłumione, mogą powodować nie tylko zachowania agresywne dzieci w szkole, ale też przyczyniać się do powstawania u nich chorób

psychosomatycznych. Szczególnie, że jakkolwiek dolegliwość psychosomatyczna od razu kieruje uwagę chorego na jego ciało, niosąc przekaz: „zajmij się sobą”.

Przekaz ten niejednokrotnie w tak dosłowny sposób jest odczytywany, ponieważ chory nie podejrzewa innych przyczyn choroby poza organicznymi. Zatem podejmuje się leczenia medycznego i zaczyna się niepokoić, kiedy nie odnosi ono skutków, a chorobę trudno zdiagnozować. W takiej sytuacji nawet dorosły ma trudność z uświadomieniem sobie psychicznego podłoża choroby, więc tym bardziej dziecko będzie miało z tym problem. Pojawiają się zatem pytania: jak odczytać symboliczny przekaz chorego narządu u dziecka?, oraz w jaki sposób nauczyciele i rodzice mogą pomóc dziecku choremu psychosomatycznie? Aby odpowiedzieć na te pytania, wcześniej należy zrozumieć związek pomiędzy psychiką a ciałem oraz rolę emocji w etiologii chorób psychosomatycznych. Wówczas łatwiej dotrzeć do tej niezwykle specyficznej mowy ciała, która odbywa się poprzez zaburzenie czy chorobę dziecka.

#### ZWIĄZEK PSYCHIKI I CIAŁA W ETIOLOGII ZABURZEŃ PSYCHOSOMATYCZNYCH NA PRZYKŁADZIE KILKU TEORII

„Na ogół nie zdajemy sobie sprawy, że nasze negatywne emocje, uczucie frustracji, pesymistyczne oczekiwania, poczucie samotności, bezradności, zniechęcenia czy poczucie winy mogą spowodować chorobę” (Michalak, 2006, s. 147). Czynniki te, w których główną rolę odgrywają negatywne emocje, wchodzą w zakres psychosomatyki, terminu, który po raz pierwszy oficjalnie pojawił się w literaturze medycznej w 1818 roku. Pojęcie to zostało użyte przez niemieckiego psychiatrę, Heinrotha, przy opisie przyczyn bezsenności u pacjenta, odczuwającego wyrzuty sumienia z powodu złamania zasad religijnych (Michalak, 2006).

Psychosomatyka określana także jako efekt nocebo, przeciwstawnie do zjawiska placebo, podkreśla, znaczenie czynników psychicznych nie tylko w stymulowaniu powrotu do zdrowia, lecz także w powstawaniu choroby (Michalak, 2006). W dzisiejszych czasach psychosomatyka uważana jest za integralną część medycyny, choć nadal nie jest pojęciem jednoznacznym. Trudno zdecydowanie określić, kiedy zaczyna się wpływ czynników psychologicznych i jaki jest ich zakres w powstawaniu zaburzeń i chorób psychosomatycznych. Niemniej, oddziaływanie psychiki na ciało można analizować z dwóch perspektyw: klasycznej i współczesnej.

Pierwsza z nich, klasyczna, oparta jest na koncepcjach psychoanalitycznych, nawiązujących do ogłoszonej w 1893 roku teorii Freuda o przyczynach hysterii konwersyjnej. Histeria konwersyjna jest rodzajem nerwicy, w której pojawiają się czynnościowe zaburzenia w zakresie funkcji określonych narządów, bez uszkodzeń organicznych. Przykładem jest niedowład histeryczny, czyli sparaliżowana zostaje część ciała bez jakichkolwiek uszkodzeń neurologicznych, lub ślepotą histeryczną, w której pacjent nie widzi, choć zachowana jest prawidłowa anatomia narządu wzroku (Freud, 1957). W tym przypadku badanie lekarskie nie stwierdza objawów żadnej ze znanych chorób somatycznych czy neurologicznych, natomiast pacjent cierpi i odczuwa ból, który nie jest symulowany. Często ten typ objawów cechuje

się „niezwykłym” obrazem zaburzeń, a pacjenci cierpiący z ich powodu nie znajdują zrozumienia w swoim otoczeniu. Nierzadko, objawy histeryczne dotyczą również dzieci w wieku szkolnym (Kokoszka, 1999). Dlatego ciekawym jest, że Freud, ale i Ferenczi i Deutsch (za: Michalak, 2006) sądzili, że zaburzenia czynnościowe narządów są manifestacją nieświadomych konfliktów wewnętrznych. Uważali, że takie objawy bywają wyrazem nieświadomych, symbolicznych i stłumionych pragnień. „Według nich, chorzy z takimi zaburzeniami w ten sposób używają »regresywnego języka ciała« (cofają się w sposobie reagowania cielesnego do okresu dzieciństwa) z powodu defektu w zakresie symboliki słownej (braku umiejętności wyrażania swoich problemów emocjonalnych)” (Tylka, 2000, s. 14). Mówi się tu o zjawisku somatyzacji, terminie, który wprowadził Sakel – uczeń Freuda, na określenie zaburzeń cielesnych, wyrastających z głęboko osadzonych przyczyn neurotycznych, których trudności psychiczne zostają przekształcone w objawy somatyczne. Sakel używał określenia: „mowa mózgu za pomocą narządów”, by podkreślić rolę czynnika emocjonalnego w powstawaniu choroby (Bilikiewicz, 1998). Sądzono więc, że przeżyte, traumatyczne doświadczenia w dzieciństwie prowadzą do wewnętrznych konfliktów, które odgrywają znaczącą rolę w powstawaniu określonych chorób. Tym sposobem kojarzono astmę z przeżyciem wczesnej separacji dziecka od matki lub utratą jej miłości, a niewłaściwe karmienie niemowlęcia miało prowadzić w przyszłości do wrzodów żołądka itp.

Obecnie, wiedza z zakresu psychologii i medycyny wskazuje, że wystąpienia specyficznej choroby nie można wiązać tylko z określonym zdarzeniem życiowym, lecz trzeba wziąć pod uwagę reakcję człowieka na daną sytuację, typ jego osobowości, a szczególnie interakcje zachodzące pomiędzy wszystkimi czynnikami.

Inne ujęcie chorób psychosomatycznych zaproponowała Dunbar, która wiązała ich powstawanie z określoną strukturą osobowości. Wyróżniła tzw. profile osobowości, charakterystyczne dla różnych schorzeń, i tak powstała „osobowość astmatyka”, „osobowość wieńcowa” itp. Ta koncepcja została jednak skrytykowana za życia autorki z uwagi na błędy metodologiczne. Autorce zarzucano diagnozę, opartą tylko na wywiadzie, wyciąganie wniosków bez włączenia kontrolnych grup osób zdrowych oraz opis osobowości przedchorobowej, dokonany po zachorowaniu.

Obecnie przyjmuje się, że nie istnieją profile osobowości, są natomiast pewne cechy lub typ zachowania, zwiększające ryzyko rozwoju choroby (Dunbar, 1954).

Odminną koncepcję powstawania chorób stworzył Alexander, który zwracał uwagę na:

- » specyficzne cechy osobowości, które są związane z nieświadomymi konfliktami z okresu dzieciństwa,
- » trudną sytuację, która uaktywnia dawny konflikt tuż przed zachorowaniem,
- » konstytucjonalną słabość określonego narządu.

Czynniki te wspólnie prowadzą do pojawienia się choroby. Jeśli więc określony narząd jest genetycznie słabszy i zaistnieje jakaś sytuacja stresowa, która uruchomi wewnętrzne konflikty, wówczas skutkiem tego łańcucha czynników będzie choroba.

Alexander zaliczył do chorób psychosomatycznych siedem jednostek chorobowych, takich jak: chorobę wrzodową żołądka i dwunastnicy, migrenę, samoistne nadciśnienie tętnicze, dychawicę oskrzelową, wrzodziejące zapalenie jelita grubego, reumatoidalne zapalenie stawów, nadczynność tarczycy (Alexander, 1950). Dalsze badania klinicystów wydłużyły tę listę schorzeń psychosomatycznych, wskazując, że jest ich o wiele więcej, niż pierwotnie zakładano.

Drugi współczesny nurt analizy chorób i zaburzeń psychosomatycznych odnosi się do badań naukowych z zakresu fizjologii, patofizjologii, socjologii i psychologii, przyjmując polietiologiczną koncepcję wszystkich chorób. Zarówno samo pojawienie się choroby, jak i jej rozwój jest procesem, w którym czynniki psychospołeczne, w powiązaniu z innymi uwarunkowaniami, odgrywają znaczną rolę. Potwierdza to Klasyfikacja Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego – DSM IV (ang. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), według której zaburzenia psychosomatyczne występują, gdy czynniki psychologiczne wpływają na stan fizyczny, albo gdy są powiązane z początkiem lub zaostrzeniem choroby somatycznej (Michalak, 2006).

Relacje między czynnikami zwiększającymi podatność na zachorowanie mają charakter probabilistyczny, a nie przyczynowo skutkowy, co oznacza, że obecność bądź pojawienie się jednego z nich zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia choroby w miarę wzrostu liczby czynników. Jednakże wpływ danego czynnika zależy od indywidualnej osoby i rodzaju choroby. Innymi słowy, ten sam czynnik u dwóch osób może odegrać inną rolę w powstawaniu i przebiegu choroby (Dolińska-Zygmunt, 2001). Poza tym, czynniki te mogą pełnić rolę w etiologii chorób lub stanowić czynnik ryzyka w zespole wywołującym chorobę bądź wpływać na zaostrzenie się istniejącej już choroby.

Dużą rolę w rozwoju współczesnej medycyny psychosomatycznej odegrały badania H. Selyego nad stresem. Wykazał on, że długotrwałe działanie stresu wywołuje zmiany czynnościowe w organizmie, obejmujące wszystkie mechanizmy neurofizjologiczne i narusza homeostazę organizmu. Zwiększa to podatność osoby na osłabienie i chorobę (Selye, 1960).

Współcześnie, kierunek badań nad chorobami somatycznymi wyznaczają dziedziny: psychoneuroimmunologii, psychoneuroendokrynologii oraz psychoonkologii, które pozwalają zrozumieć zaburzenia psychosomatyczne i ich przyczyny. Wskazują one na ścisłe powiązanie układu nerwowego, immunologicznego i hormonalnego, które poddane są działaniu czynników psychicznych. Czynniki te wpływają na odporność człowieka poprzez oddziaływanie na autonomiczny układ nerwowy, uwalniając hormony działające bezpośrednio na funkcjonowanie całego organizmu. Tak więc silnie i długo trwające emocje, jak lęk, złość, gniew, przygnębienie mogą wpływać na odporność, zwiększając podatność osoby na chorobę.

Z kolei, w grupie chorujących dzieci, oprócz czynników psychicznych, wpływających na pojawienie się choroby, wymienia się także niekorzystne czynniki rodzinne.

Dużą rolę odgrywa tu systemowa koncepcja chorób i zaburzeń somatycznych S. Minuchina, w której analizuje się chorobę dziecka w kontekście społecznym, głównie rodzinnym. Bierze się tu pod uwagę takie cechy rodziny, jak:

- » uwikłanie, polegające na zatarcu granic poszczególnych osób w rodzinie, które skutkuje wciąganiem dzieci w koalicję z jednym z rodziców lub w problemy dorosłych. Dzieci nie mają poczucia autonomii, prywatności, co utrudnia im usamodzielnienie;
- » nadopiekuńczość wzmacnia zależność dziecka od rodziców i jest cechą rodzin psychosomatycznych;
- » tłumienie konfliktów zaprzecza istnieniu problemów, których się nie rozwiązuje, z czym wiąże się brak przyzwolenia na wyrażenie różnicy zdań;
- » włączanie dziecka w konflikt małżeński powoduje zaprzeczenie istnienia tego konfliktu i często przeradza się w konflikt rodzicielski;
- » sztywność jako cecha rodzin, które nic nie zmieniają w swoim systemie, utrudniając dzieciom odejście od rodziny.

W tak funkcjonującej rodzinie dominuje stres i ciągłe napięcie. Choroba dziecka staje się symbolem rodzinnych problemów i pojawia się jako czynnik stabilizujący życie tej rodziny, zastępczo zaspokajający potrzeby jej członków. Na skutek wydarzeń krytycznych lub dodatkowych problemów, objawy chorobowe u dziecka intensyfikują się, aż do momentu uzyskania przez rodzinę względnej równowagi (Heszen, Sęk, 2007).

W etiologii chorób u dzieci Pilecka (2002) wymienia dwa modele: psychospołeczny i kliniczny.

Pierwszy z nich uwzględnia zależności pomiędzy zdrowiem a zdarzeniami stresogennymi, brakiem wsparcia rodzinnego i koleżeńskiego. Drugi z nich, model kliniczny, odnosi się do czynników psychicznych dziecka i czynników rodzinnych, wśród których wymienia się strukturę rodziny, jej status socjoekonomiczny oraz postępowanie wychowawcze rodziców. Zwraca się tu uwagę, podobnie jak w koncepcji Minuchina, na nadopiekuńczość rodziców, powodującą rozwój potrzeby zależności u dziecka. Dziecko zaspokaja tę potrzebę chorobą, która wymusza koncentrację rodziny na dziecku. Dotyczy to szczególnie dzieci najmłodszych i średnich w kolejności urodzeń. Istotną rolę dla pojawienia się choroby dziecka odgrywa także podjęcie pracy zawodowej przez matki w okresie niemowlęctwa oraz krytyczne zdarzenia w rodzinie, jak śmierć jednego z rodziców, rozwód, separacja lub przewlekła choroba kogoś bliskiego.

Analizując sytuację rodzinną dziecka chorego, podkreśla się również nadmierny krytycyzm rodziców i negatywną komunikację uczuciową. Natomiast, spośród cech osobowych dzieci, które mogą predysponować do chorób i zaburzeń, wymienia się dodatkowo: wysoki poziom lęku, labilność emocjonalną, wrażliwość, kapryśność, obawę przed nowymi sytuacjami i osobami oraz skłonność do samoobwiniania (Majewicz, 2011).

Tak więc przyczyny chorób u dzieci i młodzieży rozpatruje się w obrębie modelu liniowego i systemowego. Model liniowy zakłada, że zdarzenia stresogenne wywołują

ją u dzieci emocje, które są determinowane cechami osobowości i umiejętnościami radzenia sobie. Zarazem emocje mogą wpływać na pewne cechy osobowości dzieci i ich sposoby radzenia sobie z trudnościami. Między emocjami, cechami osobowości a strategiami radzenia sobie z trudnościami zachodzą różne i liczne relacje, w wyniku których negatywne emocje powodują zmiany w funkcjonowaniu różnych układów (nerwowego, kostnego, mięśniowego, hormonalnego itp.), prowadząc do pojawienia się choroby.

Z kolei, model systemowy analizuje zachowanie dziecka w obszarze rodziny. Ujmuje się w nim stresory zewnętrzne, cechy osobowe dziecka, organizację i funkcjonowanie rodziny, a także pośredniczące mechanizmy fizjologiczne, jak i chorobę dziecka. Między tymi elementami występują dynamiczne interakcje.

Przedstawione koncepcje wskazują na konieczność dokładnej i wnikliwej analizy sytuacji dziecka chorego psychosomatycznie, zarówno z uwzględnieniem modelu liniowego, jak i systemowego, pamiętając o polietiologii chorób dzieci i złożonych relacjach pomiędzy *psyche* i *somą*.

#### ROLA EMOCJI W POWSTAWANIU CHORÓB I ZABURZEŃ PSYCHOSOMATYCZNYCH

Emocje są tym, co, poprzez psychikę, może wpływać chorobotwórczo na ciało (Ringel, 1992). Zatem odgrywają one kluczową rolę w etiologii chorób i zaburzeń psychosomatycznych. Szczególnie, że są one sprzężone z wegetatywnym układem nerwowym, który zawiaduje wszystkimi funkcjami, niepodlegającymi naszej woli.

Każde uczucie wpływa na specyficzną reakcję wegetatywną, np. strach wywołuje bicie serca, przyspieszony oddech, wystąpienie potu, zblednięcie skóry itp. Dlatego „choroby psychosomatyczne będą się manifestowały przede wszystkim w tych narządach, które podlegają wegetatywnemu układowi nerwowemu, a więc: w układzie krwionośnym i sercu, oddechowym, trawiennym, moczowo-płciowym i endokrynym [...] oraz w rejonie skóry” (Ringel, 1992, s. 92).

Szczególną rolę w pojawieniu się choroby w życiu dziecka czy dorosłego mają emocje ostre, negatywne, przewlekłe i nieświadome. Emocje ostre cechują się dużym napięciem i krótkim czasem występowania, a więc zmiany w ciele przemijają w tym samym momencie, w którym ustają emocje. Ich chorobotwórcze działanie zaczyna się wtedy, gdy napotykają na organizm wcześniej uszkodzony, np. w przypadku osoby z wysokim ciśnieniem krwi lub po silnym urazie psychicznym, który spowodował np. wytrzeszcz oczu po przeżyciu silnej paniki (Ringel, 1992). Natomiast emocje negatywne, takie jak złość, gniew, lęk, przygnębienie itp., jak sama nazwa wskazuje, działają niekorzystnie – są niemile odczuwane, a ich ekspresja i skutki są także negatywne. Są one niezależne od woli człowieka, jednak to, co dziecko, dorosły z nimi robią, jak je wykorzystają, zależy od nich w takiej mierze, w jakiej są ich świadomi i na ile potrafią nad nimi zapanować. Gdy dziecko nie umie powiedzieć, że jest złe i nie radzi sobie ze złością, wówczas kumulująca się w nim emocja znajduje ujście w agresji werbalnej, fizycznej bądź psychicznej, kierowanej na inne dzieci lub do-

rosłych. Adresatami tej negatywnej emocji są zazwyczaj „obiekty bezpieczne”, czyli ludzie, co do których dziecko jest pewne, że może sobie pozwolić na naganne zachowanie. Zatem „wybiera” osoby uległe, mało asertywne lub najbliższych: rodziców, rodzeństwo, ponieważ w gronie tych osób czuje się bezpieczne i najczęściej bezkarnie. Niekiedy nieświadoma ekspresja tych emocji bywa subtelniejsza i przejawia się w pretensjach, docinkach, złośliwych żartach itp. lub drogą projekcji, kiedy dziecko widzi złość w innych, a nie w sobie. Dzieje się tak z uwagi na specyfikę emocji negatywnych, polegającą na dążeniu do ekspresji bezpośredniej lub pośredniej. Jeśli człowiek nie potrafi wyrazić emocji negatywnych i tłumi je w sobie, wówczas mogą one być rozmyte i bezzasadnie łączone z szerokim zakresem sytuacji, osób, sądów i podejmowanych decyzji (Ekman, Davidson, 2012). Wtedy mamy do czynienia z dzieckiem, które ciągle narzeka lub upatruje nieustannych problemów w ludziach i sytuacjach. Najczęściej nie jest ono świadome przeżywanego uczucia, a zbyt długie milczenie na ich temat może zaowocować chorobą psychosomatyczną. „[...] [E]mocje ujemne o znacznym natężeniu, a zwłaszcza utrzymujące się długotrwale i wielokrotnie przeżywane, mogą wieść nie tylko do zaburzeń funkcji narządów, ale i do zmian strukturalnych” (Jarosz, 1978). Przewlekłe działanie emocji negatywnych wpływa na układ вегетatywny, a zatem groźba choroby psychosomatycznej jest bardzo duża (Ringel, 1992, s. 93). Wzrasta ona, gdy pojawiające się emocje mają charakter nieświadomy, ponieważ „to, co nieświadome, ma zawsze jakby „pierwszy głos” na temat reagowania вегетatywnego [...]” (Ringel, 1992, s. 94). Jednak świadomymi usiłowaniami zwalczania objawu często go wzmacniamy, ponieważ nie jesteśmy w stanie wpłynąć na to, co dzieje się niemal odruchowo. Wtedy istotnym i dodatkowym czynnikiem dla wystąpienia choroby psychosomatycznej jest pozostawanie osoby w konflikcie między tendencjami świadomymi i nieświadomymi.

Okazuje się, że „[...] reakcja вегетatywna zdradza prawdziwe nastawienie danego człowieka, [...] – jego nieświadomą postawę wobec swych świadomych pragnień: np. вегетatywne oznaki lęku w sytuacji, w której świadomie chce się być dzielnym” (Ringel, 1992, s. 94). Świadomemu pragnieniu osoby zawsze będzie się przeciwstawiać nieświadomy brak akceptacji dla tego pragnienia, ponieważ ten brak akceptacji symbolizuje inne wewnętrzne przyczyny, które są powodem zaistniałego konfliktu i choroby psychosomatycznej. Zatem, badając etiologię choroby psychosomatycznej, należy zwrócić uwagę na przeżywane przez dziecko emocje i ich charakter. Jeśli są one negatywne, chroniczne i nieświadome (co rozpoznamy po stosowanych mechanizmach obronnych, jak np. zaprzeczanie, projekcja itp.), a dodatkowo towarzyszy im ogólna, trudna sytuacja dziecka lub przeżyta trauma, to ryzyko choroby psychosomatycznej wzrasta.

Należy jeszcze podkreślić, że w natężeniu, częstości, czasie trwania emocji i ich wyrażaniu istnieją różnice indywidualne. Nie każde dziecko reaguje podobnie, w podobnych sytuacjach. Różnice te zaznaczają się w sposobach radzenia sobie dziecka z trudną sytuacją i w jego emocjonalności, kształtującej się pod wpływem środowiska rodzinnego i czynników konstytucjonalnych, jako pewnych predyspozycji do większej lub mniejszej wrażliwości.



Objaw (łac. *symptoma*) to pojęcie najczęściej używane w medycynie, psychopatologii czy psychiatrii na określenie pewnych szczególnych cech, ułatwiających rozpoznanie zburzenia czy choroby. Słowo to bywa używane zamiennie z określeniem „cecha” (Bilikiewicz, 1998). Rozpoznanie objawów ułatwia postawienie diagnozy, a objaw jest tu rozumiany w ujęciu negatywnym dla określenia rodzaju patologii, anomalii, odbiegających od pewnej normy zdrowia.

Objawem psychosomatycznym będzie więc zaburzenie, występujące przejściowo lub dłużej utrzymujące się bądź powtarzające się z trudną do określenia częstotliwością, powodując zaburzenia somatyczne. Objawy weryfikowane są za pomocą badań medycznych i rozpoznawane jako choroby psychosomatyczne (Szewczyk, 2001). Dotyczą one prawie wszystkich układów w ciele człowieka, w którym zazwyczaj dominują zaburzenia ze strony jednego układu, w powiązaniu z dolegliwościami jednego lub kilku narządów (Everly, Rosenfeld, 1992). Zagadką nadal pozostaje tzw. „wybór narządu”, który ulega zmianom patologicznym pod wpływem czynników psychologicznych. Nie wiadomo, dlaczego u jednej osoby rozwija się choroba wrzodowa żołądka, a u innej choroba wieńcowa. Być może, powtarzalność mechanizmów reagowania, które uwarunkowane są osobowościowo, emocjonalnie i organicznie (dysfunkcja określonego narządu) sprzyjają pojawieniu się specyficznego schorzenia u danej osoby (Szewczyk, 2001).

W przypadku objawu psychosomatycznego mamy do czynienia z tzw. symboliką, gdzie symbol to „znak zastępujący, reprezentujący, przywołujący na myśl (na zasadzie umowy asocjacji myślowej) jakieś pojęcie, czynność, przedmiot, zwłaszcza widomy znak czegoś niewidzialnego” (Kopaliński, 2000, s. 482).

Symbolika będzie to ogół symboli używanych w danej dziedzinie, mających znaczenie symboliczne, przenośne (Kopaliński, 2000).

To standardowe rozumienie symbolu odsyła do czegoś innego, co reprezentuje symbol, natomiast według psychoanalizy symbolizm, w szerokim znaczeniu, to pośrednie i przenośne wyrazy nieświadomych wyobrażeń, konfliktów psychicznych i pragnień. W tym sensie – każdy wytwór zastępczy, np. objaw jest symbolem i przejawia znaczne zróżnicowanie w zależności od osoby. Symbolizm w tym nurcie polega na wyjaśnianiu relacji między treścią jawną a nieświadomą. Innymi słowy, symbolizm dotyczy tych przypadków, w których symbolizowana treść jest nieświadoma. „Wyraz symboliczny reprezentuje nieświadome wyobrażenie, konflikt, życzenie, maskując jednocześnie ich zniekształcenie” (Fhaner, 1996, s. 239).

Próbując wykorzystać oba stanowiska, przyjmuje się, że symbolika objawu psychosomatycznego, odnosząc się do cechy lub cech zaburzeń i chorób, może stanowić wyraz innego zjawiska i jednocześnie odnosić się do treści nieświadomych. Nieświadomym dla chorującej osoby jest zazwyczaj psychiczne podłoże choroby, do którego o wiele trudniej dotrzeć z uwagi na specyfikę nieświadomych konfliktów, urazów, ich znaczenie dla jednostki oraz psychiczną gotowość chorego na „stawienie czoła” problemowi.

Choroba psychosomatyczna jest tu swoistym symbolem, który ma podwójne znaczenie. Z jednej strony, odnosi się do tej warstwy psychiki, do której przemawia przenośnia, a więc tam gdzie mieszczą się emocje i uczucia. Z drugiej strony, sięga głębiej, do tego, co najczęściej wyparte i nieświadome, co, z kolei, jest podwójnie „ukrywane” – po pierwsze, przez sam fakt obecności treści, które są nieświadome, po drugie, przez maskowanie zniekształceń wynikających z tego, co nieświadome. Takie rozumienie symboliki objawów może tłumaczyć trudność w dotarciu i odczytaniu sensu, jaki przekazują.

Objaw psychosomatyczny pojawia się zarówno w życiu dziecka, jak i dorosłego w specyficznym momencie i w określonym celu. Zazwyczaj występowanie tego typu schorzeń jest zaskakujące i ma miejsce wtedy, gdy dziecko, ani nie posiadając wiedzy ani świadomości o istnieniu danego problemu, konfrontuje się z nim na poziomie nieświadomym poprzez ciało, „tak, jakby ciało było w stanie unieść ból, cierpienie, niewygodę uczuć, jakich dana osoba nie chce (nie potrafi, nie jest w stanie) przyjąć na poziomie świadomym” (Kleszcz-Szczyrba, 2011, s. 306). Konfrontacja ta właściwie dotyczy nie tyle faktów, co emocji, najczęściej ostrych, negatywnych i przewlekłych, które wiążą się lub były związane z trudną sytuacją, z jaką dziecko sobie nie poradziło. Wtedy też właśnie „problem upomina się poprzez ciało o rozwiązanie”, domaga się „domknięcia”. Tak, jakby cielesna konfrontacja z problemami emocjonalnymi była bezpieczniejsza, niż mówienie o nich wprost, ponieważ na poziomie nieświadomym człowiek staje się gotowy do konstruktywnego rozwiązania swojego problemu, nie posiadając jeszcze na ten temat żadnej, świadomej wiedzy.

Chory nieświadome dąży więc do rozwikłania konfliktu, problemu, który go „przerasta”, ponieważ przeważnie wyczerpał dotychczasowe strategie zaradcze, dlatego „czyni” to na poziomie somy. W podejściu Ericksonowskim, objawy są postrzegane jako nieskuteczne próby adaptowania się jednostki do zmieniających się warunków życiowych, nieskuteczne próby radzenia sobie z określonymi sytuacjami (Zeig, Munion, 2005). Objaw psychosomatyczny staje się więc zastępczym i nieświadomym sposobem „rozwiązania problemu”, ponieważ tylko taki jest dla chorego w danym momencie możliwy. Zastępuje on to, czego osoba nie potrafi wyrazić słowami, a więc to, co jest lub było urazowe czy trudne, a stało się nieświadome. Zatem „ciało mówi coś znaczącego”, pojawia się więc pytanie: co komunikuje bolący narząd jednostce i jej otoczeniu?

Komunikat, jaki „przekazuje” bolący narząd, kieruje uwagę chorego na ciało, metaforycznie zmuszając go do zajęcia się sobą. Niejednokrotnie, przekaz ten bywa mylnie odczytany, ponieważ pacjent leczy ciało, a nie duszę. Choremu łatwiej jest przyznać się do choroby organicznej niż do problemów psychicznych. Podobnie jak uczniowi łatwiej jest nazwać ból fizyczny, niż przyznać się, że nauczyciel ocenił go niesprawiedliwie lub że skompromitował się przed klasą. Dzieje się tak dlatego, że zdiagnozowanie choroby somatycznej przynosi choremu ulgę, ponieważ zmniejsza jego lęk przed nieznanym schorzeniem i zwalnia z odpowiedzialności, gdyż choroba somatyczna „się przydarza” i nie czujemy się za nią współodpowiedzialni, w przeciwieństwie do choroby o podłożu psychologicznym. Dlatego też właściwy ko-

munikat przesyłany przez chorobę psychosomatyczną często jest pomijany, a nawet tłumiony przez pacjenta, co tylko nasila objawy i nie prowadzi do rozwiązania. Taka sytuacja przypomina błędne koło, które musi być przerwane, by znaleźć z niego wyjście.

Znalezienie rozwiązania w chorobie psychosomatycznej jest możliwe, choć niełatwe, ponieważ przekaz, jaki niesie ze sobą bolące ciało, nie jest jednoznaczny, prosty i oczywisty. Wręcz przeciwnie, mieści się on w symbolice objawu i ma charakter metaforyczny i nieświadomy. Metafora zaś stwarza szerokie pole do interpretacji, co może utrudniać jej trafne odczytanie, jak to się zdarza w różnych objawach psychosomatycznych. Mimo to, dąży się do stworzenia pewnych uniwersalnych przekazów, jakie niosą poszczególne choroby psychosomatyczne. Na przykład, przyjmuje się, że „choroby skóry mogą sygnalizować potrzebę zadbania o własne granice, astma może być przejawem nierównomiernej relacji między dawaniem i braniem, nowotwory są sygnałem agresji skierowanej przeciw sobie itp.” (Kleszcz-Szczyrba, 2011, s. 310–311).

Przekazy te mogą być wskazówką dla odczytania sygnału, płynącego z ciała, mogą ukierunkować uwagę na tę, a nie inną sferę życia chorego, lecz nie ujmują całego sensu komunikatu, który dodatkowo jest nieświadomy. Metaforyczny i nieświadomy język objawów jest bardzo zindywidualizowany, czyli dostosowany do osoby, jej historii, do sytuacji, w jakiej pojawił się objaw, do relacji ze znaczącymi osobami, do sposobu funkcjonowania jednostki oraz jej umiejętności adaptacyjnych. Nie można więc odnieść dosłownie tego przekazu do każdej jednostki, lecz potraktować go należy jako swego rodzaju sugestię czy tzw. ogólne odczytanie objawu, które może, a nawet musi, być zindywidualizowane z uwagi na jego nieświadomy charakter. Natomiast dotarcie do zasadniczej treści sygnału (co nie oznacza całkowitego jego odczytania), jaki śle bolące ciało, staje się możliwe przez dokładne przeanalizowanie ogólnej sytuacji dziecka, a szczególnie tego, co sprawia mu trudność. Wówczas powiązanie realnej trudności dziecka z komunikatem, jaki niesie ze sobą choroba psychosomatyczna, pozwoli na dotarcie do funkcji przekazu, a w dalszej kolejności do tego, co nieświadome i jego znaczenia. Zazwyczaj przekaz ten w swej metaforze, a więc w pierwszej odsłonie, mówi o tym, co najważniejsze, a zarazem najtrudniejsze dla dziecka i, tym sposobem, spełnia on swą funkcję – kieruje uwagę na to, co pilne i doraźne, co domaga się „tu i teraz” domknięcia, by dziecko mogło adaptować się do określonej, być może trudnej sytuacji. Druga odsłona komunikatu, jaki śle choroba psychosomatyczna, zazwyczaj sięga głębiej, odnosząc się do sfery nieświadomej, za którą kryją się konflikty, urazy, nierozwiązane problemy, zazwyczaj w niejednoznaczny sposób powiązane z pierwotną, metaforyczną symboliką objawu, i ten obszar wymaga pracy indywidualnej dziecka z psychoterapeutą.

#### JAK ROZPOZNAĆ OBJAW PSYCHOSOMATYCZNY?

Najczęstszą i najważniejszą wskazówką dla rozpoznania objawów i zaburzeń psychosomatycznych są trudności w zdiagnozowaniu choroby. Kiedy pacjent przecho-

dzi szereg badań, dających niejednoznaczne wyniki, które uniemożliwiają dotarcie do przyczyny choroby, bądź gdy wyniki nie wskazują na strukturalne lub funkcjonalne uszkodzenie narządów, a ból i choroba nadal istnieją, wówczas możemy mówić o psychicznym tle choroby. Istotnym jest również pewna specyfika objawów, czyli ich nietypowość, wyrazistość, częstość występowania, miejsce i czas. Zdarza się także, że zaburzenia tak u dorosłych, jak i dzieci pojawiają się tylko w określonym miejscu, np. w szkole, lub tylko o jednej porze dnia, z trudną do przewidzenia częstotliwością. Niejednokrotnie, pojawienie się objawów nie jest skorelowane z dotyczącą ich sytuacją, może ją poprzedzać lub występować po dłuższym czasie od jakiegoś zdarzenia, bądź występować równoległe z nim. Należy więc przyjrzeć się ogólnej sytuacji dziecka, zwracając szczególną uwagę na to, co może być dla niego trudnością. Jeśli choroba dziecka współwystępuje z jego trudnymi relacjami z rodzicem bądź rówieśnikami, czy np. kłopotami z nauką, to może być to ważny, lub dodatkowy, czynnik powodujący rozwój tego schorzenia.

Charakter tych objawów nie odnosi się do wszystkich chorób i zaburzeń psychosomatycznych, niemniej wszystkie dolegliwości psychosomatyczne muszą być poddane badaniom medycznym. Nie można stwierdzić istnienia objawu psychosomatycznego bez przeprowadzenia specjalistycznych badań medycznych, które jednoznacznie wskażą źródło choroby pacjenta. Jeśli chory lub lekarz pominą wykonanie tychże badań, wówczas ich postępowanie może być zagrożeniem dla zdrowia lub życia pacjenta, który może mieć, np. guza mózgu, a leczy się terapeutycznie. Może się również zdarzyć, że badania medyczne wskażą na pewne zmiany w czynnościach narządu i równocześnie sytuacja dziecka będzie niekorzystna, wówczas należy przypuszczać, że czynnik psychiczny, a szczególnie tzw. „trudne emocje”, odgrywa znaczącą rolę w etiologii tej choroby.

#### **ZAŁOŻENIA METODOLOGICZNE I PROCEDURA BADAŃ WŁASNYCH**

Teoretyczne rozważania na temat symboliki objawów psychosomatycznych u dzieci stały się dla mnie punktem wyjścia dla zaprojektowania badania poświęconego tej tematyce. Jego przedmiotem była choroba psychosomatyczna dziecka, a celem – rozpoznanie jej przyczyn i symboliki komunikatu, jaki śle choroba otoczeniu, po to, aby zaprojektować system wsparcia i pomocy danemu dziecku. Poszukiwano więc odpowiedzi na pytanie: Co symbolizuje objaw psychosomatyczny u dziecka?

Pytanie to, będąc ogólnym, stało się podstawą do wyznaczenia kilku pytań szczegółowych, które pozwoliły na wnikliwą analizę problemu badawczego. Są nimi:

- » Jakie przyczyny „kryją się” za chorobą psychosomatyczną badanej?
- » Co komunikuje objaw psychosomatyczny u badanej?
- » Jakie emocje towarzyszyły badanej w chorobie psychosomatycznej?
- » Jak pomóc uczniowi w chorobie psychosomatycznej?

Mając na uwadze podjętą problematykę badawczą, dotyczącą symboliki chorób i zaburzeń psychosomatycznych, w badaniu posłużono się metodą indywidualnych przypadków. Metoda ta umożliwiła wieloaspektową analizę problemu poprzez zazna-

jomienie się z bieżącą i przeszłą sytuacją badanego, z przyczynami warunkującymi pojawienie się problemu i jego znaczenia dla rozwoju i funkcjonowania badanego, jak i poprzez sformułowanie diagnozy dla opracowania propozycji rozwiązań, jako formy oddziaływania na badanego (Pilch, Bauman, 2010). Należy podkreślić, że podczas badania trzeba „dużą wagę przykładać do zrozumienia przypadku, a nie do tworzenia na jego podstawie uogólnień” (Konarzewski, 2000, s. 78), co pozwala na odnoszenie wiedzy, wygenerowanej z analizy danego przypadku, do tego jednostkowego losu ludzkiego. Argumentem przemawiającym za wykorzystaniem tej metody był jej utylitarny sens dla praktyki wychowawczej, w obrębie której opracowuje się plan skutecznej pomocy dla konkretnego przypadku. Studium przypadku, dzięki funkcjom poznawczym i terapeutycznym, jakie spełnia, służy usuwaniu nieprawidłowości lub sytuacji zagrożenia dla indywidualnych osób (Pilch, Bauman, 2010).

W ramach tej metody wykorzystano techniki: wywiadu, rozmowy i analizy dokumentów badanej. Zarówno wywiady, jak i rozmowy przeprowadzono z psychologiem i z wychowawcą klasy badanej. Następnie, szczegółowo przeanalizowano dokumentację: wyniki badań lekarskich (pediatry, laryngologa, alergologa, pulmonologa, neurologa) oraz zapisy wywiadów i rozmów psychologa z dziewczynką i z jej matką w okresie od października 2012 r. do maja 2013 roku.

#### PRZYPADEK KASII – OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA BADANEJ

Badaną jest Kasia, uczennica szóstej klasy szkoły podstawowej. Jest ona trzecim, najmłodszym dzieckiem 39-letniej Moniki i 45-letniego Roberta, ma brata i siostrę. Matka Kasi ma wykształcenie średnie i pracuje w sklepie jako sprzedawczyni. Ojciec również ma wykształcenie średnie i prowadzi własną działalność. Status ekonomiczny rodziny jest dobry. Na podstawie rozmowy z wychowawcą klasy stwierdza się, że dziewczynka jest pracowita, uczy się systematycznie i osiąga dobre wyniki w nauce. Nie sprawia żadnych problemów wychowawczych – jest cicha, spokojna i dość zamknięta w sobie. W klasie jest lubiana przez koleżanki i kolegów, z którymi łączy ją serdeczne stosunki. Jednak z nikim nie nawiązuje przyjaźni czy bliższej znajomości.

#### Identyfikacja problemu

Na początku szóstej klasy, we wrześniu, jak wynika z rozmów z wychowawcą klasy, dwunastoletnia uczennica zaczęła intensywnie kaszleć na niektórych lekcjach. Stopniowo, kaszel zaczął pojawiać się coraz częściej, jak informowali wychowawczynię inni nauczyciele. Dziewczynka, kaszłąc, wyraźnie zaburzała tok lekcji, przerywając mówienie albo nauczycielom albo uczniom. Kaszel przeszkadzał również innym dzieciom podczas pisania kartkówki i sprawdzianów. Wychowawczyni twierdzi, że kaszel ten pojawiał się nagle, był ostry, wyczerpujący i uczennica nie mogła go opanować. Jak wynika z zapisu rozmów psychologa z dziewczynką, kaszel występował tylko w szkole i tylko na lekcjach, a pojawiał się wtedy, gdy chciała być cicho. Kasia nie kaszlała ani na przerwach międzylekcyjnych, ani w domu. Analiza wywia-

du i rozmów psychologa z matką dziewczynki pokazuje, że w miarę upływu czasu i mimo domowych środków leczenia (syropy, tabletki, inhalacje stosowane w domu), kaszel pojawia się coraz częściej, co sprawia, że dziewczynka udaje się na wizytę do pediatry. Pediatra, nie stwierdziwszy żadnej choroby u dziecka, kieruje ją na wizytę do laryngologa, a gdy to badanie nie identyfikuje choroby, dziewczynka dostaje kolejne skierowania do pulmonologa, neurologa i, w końcu, do alergologa. Żadne z badań lekarskich nie potwierdza obecności choroby u uczennicy, co stwierdza się na podstawie analizy tychże wyników badań. Nie ma więc organicznych ani czynnościowych przyczyn dla występowania kaszlu, który nadal nie ustępuje. Zapis wywiadu psychologa z matką zawiera informacje, w których pediatra sugeruje kobiecie nerwicowe podłoże choroby córki i proponuje wizytę u psychologa, u którego dziewczynka wraz z matką pojawia się w październiku, a więc dwa miesiące od pojawienia się choroby. Matka chce uzyskać od psychologa zgodę na nauczanie indywidualne córki. Kaszel pojawiający się u badanej ma wyraźne podłoże psychologiczne, z uwagi na trudności diagnostyczne choroby i, w efekcie, jej wykluczenie. Może to sugerować konwersję histeryczną, w wyniku której dziewczynka nieświadomie somatyzuje pewien problem, konflikt. Tym sposobem ciało mówi to, czego uczennica nie potrafi wyrazić słowami, a do czego na poziomie nieświadomym jest już gotowa.

### **Geneza problemu i jego znaczenie**

Wywiad z psychologiem, jak i analiza zapisu rozmów psychologa z matką i z dzieckiem informują, że Kasia w piątej klasie dużo chorowała, mimo że jest wysportowana. Wtedy też złamała rękę i kilka miesięcy spędziła w domu, mając nauczanie indywidualne. Wróciła do szkoły po trzech miesiącach i źle się czuła w klasie, ponieważ nie miała przyjaciółki. Jej problemy zdrowotne nasiliły się wraz z pogorszeniem sytuacji rodzinnej. Kasia, mając dwoje rodzeństwa, rzadko ich widywała, ponieważ brat zamieszkał w innym mieście w internacie i przyjeżdżał do domu tylko w weekendy, siostra również studiowała w innym mieście, odwiedzając rodziców jeszcze rzadziej. Dziewczynka, przyjażniąc się z rodzeństwem, bardzo za nimi tęskniła i czuła się osamotniona, zwłaszcza że nie miała bliskich koleżanek.

Ciekawym jest, że problemy zdrowotne Kasi pojawiają się również w momencie, kiedy jej brat podejmuje terapię indywidualną, ponieważ boi się owadów. Jego fobia ujawnia się w chwili zamieszkania w internacie i powoli ustępuje w toku terapii, zwłaszcza że chłopiec ma wsparcie ze strony kolegów. Siostra badanej nie wykazuje żadnych zaburzeń, co stwierdza się na podstawie zapisu rozmów psychologa z badaną.

Dziewczynka, będąc w domu, nie radzi sobie z trudną relacją pomiędzy jej rodzicami, którzy często się kłócą. Kasia, jak pokazuje zapis wywiadów z psychologiem, w chwilach awantury zamyka się w swoim pokoju i płacze. Czuje się odpowiedzialna za te kłótnie i nie wie, co ma robić, tym bardziej, że nikomu o tym nie mówi. Jak sama stwierdza, nie może wytrzymać tej sytuacji. Zwłaszcza że ojciec pije w ukryciu i, jak zauważa matka w rozmowie z psychologiem, mąż nie przyznaje się do problemu.

Kłótnie wszczynają matka i już dwukrotnie zastanawiała się nad rozwodem, jednak zależy jej na integracji rodziny. Dlatego inicjuje różne formy wspólnego spędzania wolnego czasu. Według matki, ojciec nie przejawia inicjatywy w życiu rodzinnym i trudno nawiązuje kontakt z dziećmi, choć dba o zaspokojenie ich potrzeb materialnych. Dzieci z problemami zwracają się do matki, która, jak ujawnia zapis wywiadu psychologa z kobietą, ma przekonanie o łączącej ich dobrej, głębokiej relacji. Problem dziecka zgłasza i omawia matka, ojciec nie pojawia się w szkole.

Zapis wywiadu psychologa z Kasią informuje dodatkowo, że uczennica bardzo boi się nowej szkoły – gimnazjum, do którego pójdzie. Szczególnie obawia się, że nie sprosta nowym obowiązkom i wymaganiom nauczycieli i nie będzie miała tak dobrych wyników w nauce, jak w szkole podstawowej. Matka, dowiadując się o tym z rozmowy z psychologiem, jest bardzo zaskoczona, podobnie jak i faktem przeżywania przez Kasię kłótni rodziców. Jej kontakt z dzieckiem nie jest taki, jaki jej się początkowo wydawał.

Analizując systemowo sytuację badanej dziewczynki, zauważa się, że żyje ona w rodzinie, w której rodzice nieświadomie wikłają ją we własne problemy małżeńskie, nie potrafiąc otwarcie i konstruktywnie ich rozwiązywać. Pochłonięci kłótniami, nie zauważają, że córka obwinia samą siebie za zaistniały konflikt, zwłaszcza że dorosli z nią nie rozmawiają i niczego nie wyjaśniają. Są przekonani, że ich problemy jej nie dotyczą, a zarazem nie wiedzą, co córka myśli i czuje.

Dziewczynka pozostawiona jest sama sobie, co może tylko pogłębiać poczucie niezrozumienia sytuacji rodzinnej i jej osamotnienie, zwłaszcza że w rodzinie panuje napięta atmosfera, nacechowana stresem. Brak szczerej, otwartej rozmowy prowadzi również do zatarcia granic pomiędzy członkami rodziny i może rodzić w nich poczucie braku autonomii, kiedy „wszystko jest wszystkich”. Nie werbalizują jasno swoich stanowisk i nie okazują negatywnych emocji. Konflikt małżeński nakłada się na problemy córki i zarazem przeradza w konflikt rodzicielski, w którym Kasia, nie mogąc porozumieć się z rodzicami, coraz bardziej się od nich oddala, przysparzając sobie i im kłopotów.

Dziewczynka, idąc za wzorem komunikowania się rodziców, tłumi i przemilcza ich i swoje problemy, nie zwierza się nawet rodzeństwu. Przyjmuje rolę dziecka we mgle, jak ma to miejsce w rodzinach z problemem alkoholowym, zwłaszcza że ojciec pije w ukryciu, co w tej rodzinie także owiane jest tajemnicą. Pogłębia to fakt, że dziewczynka o ojcu niewiele mówi, co może wynikać dodatkowo z jego wycofania z relacji rodzinnych, czego przykładem jest niepojawienie się ojca w szkole na rozmowie z wychowawcą czy psychologiem.

Rodzina niczego nie zmienia w swoim sposobie funkcjonowania, dlatego też można mówić o jej sztywności. Wtedy pojawia się kaszel dziewczynki, nie bez celu, ponieważ odciąga uwagę rodziców od problemów małżeńskich i skupia ją na córce i jej trudnościach. Ciekawym jest, że w tym samym czasie brat dziewczynki podejmuje terapię, ponieważ bardzo boi się owadów. Widać z tego, że problemy Kasi nie są jedynymi problemami dziecka w tej rodzinie, nawarstwiają się.

Można zauważyć, że brak interwencji i pomocy dziewczynce w odpowiednim momencie mógłby skutkować intensywnością objawów, a co za tym idzie – większym zamknięciem się dziecka, jego osamotnieniem i załamaniem psychicznym.

Analiza sytuacji Kasi w kontekście psychospołecznym (zaproponowanym przez Pilecką [2002]) wskazuje, że badana uczennica nie ma wsparcia ani ze strony koleżanek, ani ze strony rodziny, co, w połączeniu z jej dużą wrażliwością i przeżywanym lękiem oraz obawą przed nową szkołą, wzmacnia objawy psychosomatyczne i może prowadzić do jej wyizolowania w klasie, a w konsekwencji – do trudności w nauce. Tym bardziej, że można podejrzewać, iż dziewczynka przeżywa konflikt: chce zareagować na swoją trudną sytuację i jednocześnie nie może, obawiając się utraty aprobaty ze strony rodziców i, na dodatek, pozostaje z tymi problemami sama. Jedynie kaszel, jaki się u niej pojawia, spełnia w pewnym sensie swą funkcję – sygnalizuje problem dziewczynki.

### **Komunikacja objawu psychosomatycznego w kontekście przeżyć badanej**

Nieświadomy objaw, jakim jest kaszel dziewczynki, stanowi nie tylko pierwszy sygnał o jej trudności, lecz także jest wyrazem nieświadomej gotowości badanej do sprostania temu problemowi. Ma on w pewnym sensie dwa oblicza. Pierwsze odnosi się do jego funkcji i związane jest z metaforycznym przekazem objawu kaszlu, który tak naprawdę coś, komuś przerywa, co może w przypadku badanej oznaczać chęć przerwania kłótni rodziców i niekorzystnej sytuacji rodzinnej.

Drugie oblicze tego objawu dotyczy jego sensu, inaczej mówiąc – celu, w jakim się pojawia, wiążącym się z nieświadomym konfliktem przeżywanym przez dziewczynkę. Można przypuszczać, że konflikt ten odnosi się do tego, czego dziewczynka pragnie, a co jest zakazane prawem rodziców, np. chęć wyrażenia złości na matkę i ojca, połączona z zakazem i obawą utraty ich akceptacji. Trudno jednoznacznie określić ośnowę tego konfliktu, który może być odkryty dopiero w toku indywidualnej terapii. Niemniej, objaw, jak twierdzi Freud (1957), „[...] jest pełen znaczenia i pozostaje w związku z przeżyciami chorego” (s. 229).

W tym przypadku, uporczywy kaszel jest przeżyciem niemiłym dla dziewczynki i jej otoczenia, stanowi negatywny komunikat o tym, o czym dziewczynka i jej rodzina nie mówi i z czym nie umie sobie poradzić. Zwłaszcza że pojawia się on tam, gdzie dziecko czuje się bezpieczne – w szkole, która jest także dla niego obszarem neutralnym, gdzie może mówić nie wprost o tym, co bolesne. Nieświadomie, dziewczynka oczekuje pomocy ze strony innych, a więc nauczycieli, pedagoga, psychologa, ponieważ wie, że w domu nie znajduje wsparcia. Kaszel symbolizuje więc niewyrażone, negatywne emocje, takie jak: lęk, złość, smutek, obawę, które, mówiąc metaforycznie, „podrażniają gardło”, dążąc do uzewnętrznienia. Za tymi emocjami kryją się konkretne słowa i niewypowiedziane przez dziewczynkę komunikaty, które wspólnie z emocjami stanowią podłoże dla pojawienia się tego specyficznego kaszlu.



## Propozycje rozwiązań

Na podstawie zapisu wywiadu i rozmów psychologa z Kasią stwierdza się, że psycholog w pierwszej kolejności zalecił dziewczynce, by nie powstrzymywała kaszlu, starając się kaszleć przynajmniej na trzech lekcjach. Zwrócił on uwagę dziewczynki na to, aby wyrobiła sobie wcześniej takie „nastawienie na kaszel” przed pójściem do szkoły.

W dalszej kolejności psycholog w rozmowie z matką, sugeruje, by córka podjęła terapię indywidualną w poradni ze względu na nierozwiązane problemy. Tłumaczy, że odroczenie rozwiązania tak trudnych spraw dla dziecka może zaowocować innym objawem. Natomiast dziewczynce przekazuje, że musi z kimś omówić ważne i trudne dla niej problemy, a tym kimś musi być terapeuta.

Dodatkowo, psycholog proponuje, osobno Kasi i osobno matce spotkania i rozmowy, by dać większe wsparcie i pomoc badanej. Wszystkie propozycje spotykają się z akceptacją i wdrożeniem w życie.

## Wdrażanie oddziaływań i ich efekty

Dziewczynka, stosując się do sugestii psychologa, stara się za wszelką cenę kaszleć i już po pierwszym dniu kaszel ustaje. Objaw znika, co daje dziecku i matce zadowolenie i przynosi ulgę. Zastosowano tu komunikat paradoksalny, który jest swego rodzaju sprzecznym wezwaniem do działania. Opiera się on na oczekiwaniu, że dziecko zrobi to, z czym ma trudność i przed czym się powstrzymuje. Zatem Kasia chce przestać kaszleć, w tym celu ma ona za zadanie kaszleć. Tak więc to, co stanowiło problem (kaszel), „zadaje się” pacjentowi, by nauczył się nad danym problemem panować. Zazwyczaj osoba po takim zadaniu dąży do niezależności i własnej inicjatywy. Wówczas na przekór wykonuje to, co chcieliśmy u niej uzyskać – w tym przypadku przestaje kaszleć. Chce ona mieć wpływ na swoje życie i działanie, które pod wpływem apelu zmienia swoje psychologiczne znaczenie (Schulz von Thun, 2003). Następuje tu odwrócenie perspektywy i problem staje się rozwiązaniem. Dzięki takiemu podejściu, Kasia mogła normalnie funkcjonować w szkole i jednocześnie rozwiązywać swoje problemy na terapii. Dziewczynka uczęszcza raz w tygodniu na terapię indywidualną oraz dodatkowo przychodzi do psychologa szkolnego na rozmowę, podobnie jak jej mama.

Od momentu podjęcia terapii następuje poprawa w codziennym funkcjonowaniu dziewczynki, na co wskazuje zapis rozmów psychologa z mamą. Kasia znacznie lepiej radzi sobie z rozłąką z rodzeństwem. Częściej dzwoni do siostry i brata, a wolny czas spędza z koleżankami, bardziej otwierając się na kontakty z innymi. Według mamy, Kasia chętniej zaprasza koleżanki do domu i częściej jest przez nie zapraszana.

W zapisie rozmów psychologa z dziewczynką pojawia się także uwaga, że u badanej zmniejsza się obawa przed nową szkołą, co może być spowodowane rozmowami Kasi z mamą, w których córka zaczyna mówić o swoim nastawieniu do nowego miejsca i o związanych z tym przeżyciach. Sama dziewczynka w rozmowie z psycholo-

giem zauważa, że mama więcej jej słucha i częściej z nią rozmawia. Matka zaś stara się pomóc córce i dać jej jak najwięcej wsparcia, co podkreśla również psycholog w wywiadzie. Objaw w postaci kaszlu już się nie pojawia, a dziewczynka pozostaje w terapii indywidualnej.

#### **SPECYFIKA POMOCY OFEROWANEJ UCZNIOWI W CHOROBY PSYCHOSOMATYCZNEJ**

Opisany tu przypadek Kasi zwraca uwagę na dwa aspekty, istotne dla pracy nauczycielskiej.

Pierwszy dotyczy występowania objawu tylko w szkole, która, będąc miejscem neutralnym, nie wiąże się bezpośrednio z problemem dziecka. Jednak stanowi obszar, na którym pracują dorośli – specjaliści z zakresu edukacji i wychowania, zatem osoby, które mogą uczniowi pomóc. Dziecko nieświadomie może więc żywić przekonanie, że w szkole uzyska pomoc, jakiej nie otrzymuje w domu rodzinnym, dlatego objaw pojawia się tylko w szkole, a w innych przypadkach tylko w szkole może się nasilać. Innymi słowy, dziecko poprzez swój objaw nieświadomie domaga się interwencji ze strony dorosłych w postaci konkretnej pomocy.

Drugi aspekt opisywanego przypadku odnosi się do udzielenia fachowej pomocy dziecku przez specjalistów pedagoga, terapeutę, psychologa oraz włączenia w tę pomoc nauczycieli, co w przypadku Kasi nie było konieczne, ponieważ nie skutkowało innymi problemami. Natomiast nie zawsze tak bywa i pomoc niespecjalistyczna ze strony nauczycieli w szkole też jest potrzebna, a niekiedy wręcz konieczna.

Jak zatem nauczyciele mogą pomóc dziecku choremu psychosomatycznie, skoro ten problem dotyczy ich pośrednio?

Postępowanie nauczycieli względem dziecka chorego psychosomatycznie może biec równoległe dwoma torami. Jeden dotyczy współpracy nauczyciela-wychowawcy z rodzicami i innymi nauczycielami, których, w miarę możliwości, należy poinformować, o zaobserwowanych i zgłaszanych przez ucznia dolegliwościach, ich częstotliwości, czasie i miejscu występowania. Trzeba zwrócić uwagę na to, kiedy, czyli na jakich przedmiotach lub po nich lub przed nimi występują dane zaburzenia u ucznia. Dany przedmiot może być tylko dodatkowym, wyzwalającym chorobę czynnikiem stresogennym, niezwiązanym z problemem dziecka, lub jedynym, wywołującym u niego określone dolegliwości. Ten drugi przypadek sugeruje, że podłożem choroby psychosomatycznej dziecka może być wówczas określona sytuacja konfliktowa dziejąca się w szkole. Nauczyciel w rozmowie z rodzicem i innymi nauczycielami nie może pominąć istotnej informacji o rzeczywistym bólu, który odczuwa dziecko w chorobie psychosomatycznej. Dorośli, słysząc o psychicznym podłożu choroby, nie chcą uwierzyć, że wiąże się ona z cierpieniem fizycznym, które, jak twierdzi Ringel (1992), jest dwukrotnie większe niż w przypadku choroby somatycznej. Ważnym zatem jest, aby zarówno rodzice, jak i nauczyciele mieli pewność, że dziecko ich nie oszukuje, nie symuluje – że cierpi i potrzebuje fachowej pomocy specjalisty-terapeuty, wsparcia ze strony nauczycieli.

Drugi tor oddziaływań skierowanych na chore dziecko to pomoc, jaką mogą zaoferować nauczyciele różnych przedmiotów w klasie, do której uczęszcza dziecko. W ramach tej pomocy, postępowanie nauczycieli musi być podyktowane serdecznością i życzliwością względem dziecka, bez etykietowania, naznaczania czy wyróżniania. Uczeń ma być traktowany na równi z innymi. Poza tym, każdy nauczyciel uczący dziecko chore psychosomatycznie powinien mieć obowiązek zapoznania się z jego sytuacją rodzinną, by dobrze rozumieć celowość jego zachowań na lekcji.

Jednak należy cały czas pamiętać, że objaw psychosomatyczny jest symbolicznym komunikatem, kierowanym zawsze po coś i zawsze do kogoś. Stwarza on nauczycielowi szansę na reakcję. W tej relacji niezmiernie ważne jest, by odbiorca – nauczyciel – uznał ucznia z jego chorobą, bez jakichkolwiek zaprzeczeń. I w sytuacji, kiedy pojawi się dane zaburzenie, ani go nie umniejszał, ani dodawał emocji, tylko ze spokojem i cierpliwością stwierdził: „widzę, że źle się czujesz, co się dzieje?”, a następnie, w miarę możliwości, porozmawiał z uczniem.

W rozmowie tej należy zwrócić uwagę na możliwość wyrażenia emocji przez dziecko, zwłaszcza tych tłumionych, co w widoczny sposób może przynieść mu ulgę, ponieważ rzeczy, o których do tej pory milczało, przestaną mieć taką wagę i znaczenie. „Wytrychem” dla uzewnętrznienia przez dziecko emocji będzie zastosowanie przez nauczyciela odzwierciedleń, czyli pytań lub przypuszczeń o emocje, odczuwane przez ucznia, np. „widzę, że się bardzo denerwujesz”, „zauważam, że jesteś smutny” itp. Pozwolą one także uczniowi na uświadomienie emocji, a zarazem lepsze rozumienie samego siebie.

Nauczyciel w rozmowie z uczniem może również posłużyć się szeroko pojętą metaforą, np. porównaniem, w celu wskazania na możliwy sens objawu (tzw. funkcje objawu, o czym pisano wcześniej), by pobudzić ucznia do refleksji. Przykładowo, słowa, jakie mógłby wypowiedzieć do opisywanej w tym artykule Kasi, brzmią następująco: „Przypominasz mi samochód, którego kierowca zbyt często używa klaksonu w towarzystwie innych kierowców, zamiast zatrzymać się i porozmawiać z tymi, na których ci zależy”. Po wypowiedzeniu tych słów nie trzeba dodawać żadnego komentarza, tylko obserwować reakcję dziecka i posłuchać, co ono ma do powiedzenia. Pamiętając, że jest to też dodatkowy sposób na dotarcie do niewyrażonych i ważnych emocji, które kryją się za danym objawem.

Dalsza pomoc dziecku choremu psychosomatycznie powinna uwzględniać również jego integrację z klasą, by zapewnić mu dobre funkcjonowanie w grupie. W tym celu nauczyciel może powierzać klasie różne zadania, które wymuszą na uczniach interakcje i współdziałanie poprzez dążenie do ich rozwiązania. Innym sposobem na dobrą integrację są także zajęcia warsztatowe, poświęcone wzajemnemu poznawaniu się młodzieży, które mogą być realizowane jako cykl kilku spotkań lub przez dłuższy czas w postaci jednej gry, zabawy, wprowadzonej na początku każdej godziny wychowawczej. Grę tę początkowo przygotowuje i prowadzi wychowawca, by potem dać taką możliwość poszczególnym uczniom.

Zatem kroki, jakie podejmą nauczyciele w szkole wobec dziecka chorego psychosomatycznie, powinny wpisywać się w szerszy system wsparcia, niż tylko spe-

cialistyczna pomoc. Dziecko, otrzymując pomoc od różnych osób i w różnym zakresie, ma większą szansę na wyjście z choroby, uporządkowanie swoich problemów i powrót do zdrowia. W przeciwnym razie – zostaje skazane na samotność i izolację w tych obszarach, w których pomoc specjalistyczna jest niewystarczająca.

#### BIBLIOGRAFIA

- Alexander, F. (1950). *Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications*. New York, NY: W. W. Norton & Company.
- Bilikiewicz, A. (1998). *Psychiatria: podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Dolińska-Zygmunt, G. (2001). Psychologiczne uwarunkowania podatności na choroby. W: G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Podstawy psychologii zdrowia* (s. 137–157). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Dunbar, F. (1954). *Psychosomatic diagnosis*. New York, NY: Hoeber.
- Ekman, P. Davidson, R. J. (red.). (2012). *Natura emocji: podstawowe zagadnienia*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Everly, G. S., Rosenfeld, R. (1992). *Stres: przyczyny, terapia i autoterapia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Fhaner, S. (1996). *Słownik psychoanalizy*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Freud, S. (1957). *Wstęp do psychoanalizy*. Warszawa: Książka i Wiedza.
- Garralda, M. E. (1996). Somatisation in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37(1), 13–33. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.1996.tb01378.x>
- Heszen, I., Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Jarosz, M. (1978). *Psychologia lekarska*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Kleszcz-Szczyrba, R. (2011). Specyficzny objaw (psycho)somatyczny jako sygnał restymulacji traumy: perspektywa psychoterapeutyczna. W: M. Górnik-Durose, J. Mateusiak (red.), *Psychologia zdrowia: konteksty i pogranicza* (s. 305–320). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Kokoszka, A. (1999). *Psychoanalityczne ABC: podstawy psychoanalitycznego myślenia*. Kraków: Universitas.
- Konarzewski, K. (2000). *Jak uprawiać badania naukowe: metodologia praktyczna*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Kopaliński, W. (2000). *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*. Warszawa: Wydawnictwo Muza.
- Krawczyński, M. (2002). *Propedeutyka pediatrii*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Majewicz, P. (2011). Związek psychiki i ciała w patogenezie, przebiegu i leczeniu chorób somatycznych. W: W. Pilecka (red.), *Psychologia zdrowia dzieci i młodzieży* (s. 157–176). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

- Marcelli, D. (2013). *Psychopatologia wieku dziecięcego*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner.
- Michalak, A. (2006). *Tajemnica związku umysłu z ciałem: psychosomatyka w ujęciu historycznym i współczesnym*. W: A. Trzcieniecka-Green (red.), *Psychologia: podręcznik dla studentów kierunków medycznych* (s. 147–172). Kraków: Universitas.
- Pilch, T., Bauman, T. (2010). *Zasady badań pedagogicznych: strategie ilościowe i jakościowe*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Pilecka, W. (2002). *Przewlekła choroba somatyczna w życiu i rozwoju dziecka*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Rainer, S., Reiner, F. (2004). *How it begins: Child and adolescent psychiatric and psychosomatic consultation in a childrens hospital*. Referat prezentowany na 25 European Conference on Psychosomatic Research, Berlin.
- Ringel, E. (1992). *Nerwica a samozniszczenie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Schulz von Thun, F. (2003). *Sztuka rozmawiania* (tom 1). Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Selye, H. (1960). *Stres życia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Szewczyk, L. (2001). Psychobiologiczne mechanizmy zaburzeń psychosomatycznych u dzieci i młodzieży W: L. Szewczyk, A. Kulik (red.), *Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej i osobowości: psychosomatyka* (s. 7–14). Lublin: Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Tylka, J. (2000). *Psychosomatyka*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego.
- Zeig, J., Munion, M. (2005). *Milton H. Erickson*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

#### THE SYMBOLISM OF PSYCHOSOMATIC SYMPTOM IN CHILDREN – CASE STUDY

**ABSTRACT:** The article describes the problems of psychosomatic illness in children, which is apparent more often at school, as can be shown by the case of Kasia described in the work. The human psyche plays the dominant role in the onset of the illness, and unresolved conflicts, traumas and negative emotions are especially important. A child suffering from psychosomatic pain suffers no less than a person with somatic pain, and the organ in pain symbolizes the child's problem. How to read the symbols and how to help a child at school are among the questions raised in the article.

**KEYWORDS:** psychosomatic, negative emotions, symbolic communication.

