

Zmaganie się z niepełnosprawnością
– kolejne wyznaczniki

Tom 9 serii:
PROBLEMY EDUKACJI, REHABILITACJI I SOCJALIZACJI
OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Zmaganie się z niepełnosprawnością – kolejne wyznaczniki

pod redakcją
Jerzego Rottermunda



Kraków 2009

© Copyright by Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2009

Rada Naukowa Serii:

*Józef Binnebesel, Jacek Błęszyński, Teresa Borowska, Maria Chodkowska,
Władysław Dykcik, Petr Franiok, Mieczysław Gulda, Ladislav Horňák,
Aniela Korzon, Jadwiga Kuczyńska-Kwapisz, Andrzej Radzewicz-Winnicki,
Edward Saulicz, Adam Stankowski, Wiesław Theiss, Janina Wyczesany*

Rada Redakcyjna Serii:

Zenon Gajdzica, Anna Klinik, Jerzy Rottermund

Recenzent:

prof. dr hab. Roman Nowobilski

Redakcja merytoryczna:

Jerzy Rottermund

Korekta:

Joanna Bernatowicz

Projekt okładki:

Joanna Brzeska-Klinik

Publikacja dofinansowana przez Wyższą Szkołę Administracji w Bielsku-Białej,
Wydział Fizjoterapii

ISBN 978-83-7308-492-6

ISBN 978-83-7587-165-4

Oficyna Wydawnicza „Impuls”

30-619 Kraków, ul. Turniejowa 59/5

tel. (012) 422-41-80, fax (012) 422-59-47

www.impulsoficyna.com.pl, e-mail: impuls@impulsoficyna.com.pl

Wydanie I, Kraków 2009

Spis treści

Wstęp (<i>Jerzy Rottermund</i>)	7
Introduction (<i>Jerzy Rottermund</i>)	9
<i>Bogusław Stelcer</i>	
Zastosowanie wybranych nurtów psychoanalizy w kształceniu studentów kierunków medycznych	11
<i>Sławomira Sadowska</i>	
Kultura jako kategoria myślenia w studiach nad niepełnosprawnością intelektualną i rehabilitacją	19
<i>Adam Mikrut</i>	
O autorewalidacji jako efekcie i drodze ku podmiotowości oraz autonomii osoby z niepełnosprawnością	29
<i>Andrzej Myśliwiec, Edward Saulicz, Ryszard Plinta, Wojciech Wieczorek</i>	
Program Zdrowi sportowcy Olimpiad Specjalnych jednym z ważnych elementów profilaktyki zdrowotnej osób z niepełnosprawnością intelektualną	39
<i>Andrzej Myśliwiec, Edward Saulicz, Michał Kuszewski</i>	
Prozdrowotna rola programu Zdrowi sportowcy Olimpiad Specjalnych na przykładzie oceny postawy ciała – doniesienia wstępne	47
<i>Urszula Kwapisz, Maria Danuta Głowacka</i>	
Poziom wiedzy zdrowotnej a samoocena zdrowia osób niepełnosprawnych w starszym wieku	55
<i>Agnieszka Bogunia, Beata Reguła, Karolina Probosz, Janusz Otfinowski</i>	
Skojarzona rehabilitacja ruchowa i kognitywna u pacjentów po przebytych udarze mózgu	67

<i>Beata Reguła, Agnieszka Bogunia, Krzysztof Reguła, Janusz Otfinowski</i> Zastosowanie własnych testów jedno- i oburęcznych w ocenie wyników usprawniania ręki u chorych po udarze mózgu	71
<i>Małgorzata Kowalska-Kantyka</i> Diagnoza i terapia małego dziecka	83
<i>Wojciech Kilijan</i> Zespoły bólowe kręgosłupa lędźwiowego u dzieci i młodzieży	97
<i>Sławomir Grzeszczyk</i> Rehabilitacja w dystrofii mięśniowej typu Duchenne'a	101
<i>Joanna Konarska</i> Potrzeby dzieci z dysfunkcją narządu ruchu	109
<i>Karolina Probosz, Agnieszka Bogunia, Beata Reguła, Janusz Otfinowski</i> Usprawnianie funkcji poznawczych i kompetencji językowych w rehabilitacji poudarowej	119
<i>Anna Ksykiewicz-Dorota, Iwona Markiewicz, Jerzy Rottermund</i> Metody oceny zapotrzebowania chorych na opiekę długoterminową	123
<i>Kateřina Janků</i> Stosowanie metody Snoezelen w Republice Czeskiej	133
<i>Teresa Gierok</i> Wpływ metody integracji sensoryczno-motorycznej na usprawnianie dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym	141
<i>Anna Gajdzica</i> Miejsce edukacji zdrowotnej w kształceniu uczniów młodszych	149
<i>Marta Jósewicz, Agnieszka Sokołowska-Kasperiuk</i> Być niepełnosprawnym – doświadczenia życiowe młodego mężczyzny z mózgowym porażeniem dziecięcym	159
<i>Piotr Majewicz</i> Proces rehabilitacji zorientowanej na zasoby osobowości, czyli wykorzystanie źródeł ujemnej entropii w praktyce pedagogicznej	171
<i>Magdalena Rusin</i> Postawa etyczna fizjoterapeuty w procesie rehabilitacji i socjalizacji osób z niepełnosprawnością	183

Wstęp

Człowiek jest istotą społeczną, żyje w grupie: najpierw jest to rodzina, później z rówieśnikami w szkole, w pracy aż do starości wypełnia role w środowisku, w którym żyje i funkcjonuje, zgodnie z posiadanymi predyspozycjami, możliwościami, płcią i wiekiem. Od zawsze do zaspokojenia życiowych potrzeb jednostki niezbędni byli inni ludzie, którzy pomagali, ale i otrzymywali podobną pomoc od zainteresowanego. Organizm człowieka to bardzo skomplikowany system współpracujących z sobą układów i narządów. W sytuacji złego ich funkcjonowania mówimy o niepełnosprawności.

Prowadzone leczenie i rehabilitacja zmierzają do przywrócenia możliwie maksymalnej sprawności poszczególnym organom. Powrót utraconych funkcji powinien dokonywać się na wszystkich możliwych poziomach. Stąd istnieje konieczność opracowywania indywidualnych planów terapeutycznych z wykorzystaniem różnych sposobów przywracania sprawności organizmu, ze zwróceniem szczególnej uwagi na mechanizm powodujący uszkodzenie, rodzaj i rozległość defektu. W arsenale metod leczniczych, rehabilitacyjnych i terapeutycznych jest wiele możliwości. Uwzględniają one głównie rodzaje schorzeń i wiek pacjentów, korzystanie z nich w pracy przez personel terapeutyczno-rehabilitacyjny pozwala tak dobrać środki lecznicze, aby dostosować je do możliwości psychofizycznych chorych. Nie ma idealnej metody gwarantującej sukces i powodzenie, często należy korzystać z elementów kilku metod, by zapewnić postęp w leczeniu, dopasowując rodzaj zajęć do aktualnych możliwości. Dobór nie powinien zniechęcać pacjentów, np. ćwiczenia nie mogą być ani zbyt trudne, ani za łatwe. Sam proces terapeutyczny musi być wyzwaniem zarówno dla osoby potrzebującej pomocy, jak i każdego terapeuty z zespołu rehabilitacyjnego. Dlatego w tych zespołach znajduje się miejsce dla wielu specjalistów – to od ich współpracy, wymiany informacji o chorym, problemach go nurtujących (nie tylko obejmujących sferę fizyczną, ale również psychiczną) zależy powodzenie terapii. Znacznym wzmocnieniem osób niepełnosprawnych w procesie rehabilitacji i autorewalidacji będzie wskazywanie możliwości, a nie mówienie o brakach.

Niejednokrotnie terapeuci pracują z chorym bardzo intensywnie, korzystają z tych samych metod, co w pracy z innymi pacjentami, bez rezultatu niestety. Często stan taki jest efektem nieodwracalnych zmian destrukcyjnych, które dokonały

się już w organizmie i braku możliwości kompensacyjnych. Sięgając do swojego doświadczenia w pracy – szczególnie z osobami chorymi przewlekłe i długoterminowo – wnioskuję, że jest jeszcze coś, co opóźnia proces naprawczy. Przez to coś rozumiem postawę chorego i osobowość terapeuty. To od ich wzajemnego podejścia i współpracy, wskazania sobie celu do realizacji, zależy powodzenie terapii. Nie zawsze pełny kontakt jest możliwy – wtedy słowa muszą zostać zastąpione gestami, dotykiem, mimiką, a komunikacja werbalna staje się jednokierunkowa, aby zapewnić łączność z chorym. Niepodjęcie przez pacjenta starań o poprawę stanu zdrowia to porażka również członków zespołu leczącego. Zawsze istnieje domniemanie, że nie uczyniono wszystkiego, że można było wprowadzić jeszcze inne, kolejne techniki mobilizujące chorego. Dlatego przy wyborze zawodu rehabilitanta (szeroko rozumianego) należy zwrócić uwagę na osobowościowe predyspozycje do pracy z niepełnosprawnymi, zaś w trakcie kształcenia przyszłych terapeutów powinno się uwzględnić niezbędne elementy psychologii, etyki i pedagogiki. Sama fachowa wiedza medyczna, znajomość technik i metod oddziaływania staje się mało użyteczna i niewystarczająca.

Przekazana Czytelnikom książka *Zmaganie się z niepełnosprawnością – kolejne wyznaczniki* zawiera artykuły poświęcone kształceniu i doskonaleniu zawodowemu studentów i osób pracujących z najbardziej potrzebującymi oraz wskazujące na możliwości terapeutyczne w określonych schorzeniach. To aktywność ruchowa stwarza szansę na odnoszenie sukcesów i partnerstwo społeczne chorych. Ufam, że zamieszczone teksty wpłyną na poszerzenie wiedzy dotyczącej pracy z osobami o mniejszych możliwościach psychosomatycznych.

Autorom artykułów pragnę podziękować za wskazówki, podzielenie się wiedzą i doświadczeniami – zawarte w ich pracach informacje posłużą zapewne skutecznemu pokonywaniu złożonych problemów życiowych niepełnosprawnych i poprawie jakości ich życia.

Za wnikliwą recenzję najpiękniej i najserdeczniej dziękuję Panu Profesorowi Romanowi Nowobilskiemu, którego wskazówki i wniesione uwagi pomogły w powstaniu tego tomu.

Jerzy Rottermund

Introduction

Man is a social creature who lives in a group. At first it is a family, then the schoolmates, later the work colleagues until the old age. People fulfill their role in the environment they live in and act according to their predispositions, possibilities, sex or age. From the very beginning, other people have been indispensable for an individual to satisfy his or her life's necessities. They help and also receive help from the interested person. Human body is a very complicated arrangement of cooperating systems and organs and in case of their malfunction we start talking about disability.

Treatment and rehabilitation are conducted with intention of restoring maximum performance to individual organs. Return of lost functions should take place on all possible levels. Therefore there is a necessity to prepare individual therapeutic plans using various methods to restore efficiency of the body while paying special attention to mechanisms of damage as well as to form and extension of the defect. In the arsenal of treatment, rehabilitation and therapeutic methods, there are a lot of possibilities. They mainly consider the form of the disease and the age of the patient. Using them at work allows the therapeutic and rehabilitating staff to choose treatment aids in such a way that they can be adjusted to psychophysical abilities of the disabled. There is no ideal method that can guarantee success so often the elements of several of them should be used to ensure progress in treatment, adjusting form of activities to current patient's abilities. The choice should not discourage patients and it means that the exercises cannot be either too difficult or too easy. The therapeutic process itself must be a challenge for both the person in need and each individual therapist from the therapeutic team. For this reason, in such teams there are jobs for many specialists and the therapeutic success depends on their co-operation, exchange of information about the patient's condition, his or her problems (not only physical but also mental ones). Considerable strengthening of the disabled people in rehabilitation and self-revalidation process will be emphasizing their abilities rather than their disabilities.

Sometimes it happens that therapists work with a patient very intensively using the same methods as with the others, unfortunately without results. Such condition is often caused by irreversible, destructive changes which have already happened to the body and there is no chance for compensation. Referring to my experience in

working with people suffering from chronic and long-term diseases I can conclude that there is something more that delays recovery process. I understand this something as the patient's attitude and the therapist's personality. Their attitude towards each other and their cooperation as well as setting aims can guarantee success.

Full contact with a patient is not always possible. In such situations, words have to be replaced by gestures, touch or mimicry and verbal communication becomes one-directional to assure contact with the ill person. If the patient does not make efforts to improve his condition it means also a failure of the members of the therapeutic team. There is always an assumption that not everything has been done and other techniques could have been introduced to put forth the patient's energy. Therefore when choosing a therapist (widely understood) you should pay attention to the individual predispositions to working with the disabled and while training a prospective therapist you should include indispensable elements of psychology, ethics and pedagogy. Without them, practical medical knowledge itself as well as being familiar with various techniques and methods become less useful and insufficient.

The book *Zmaganie się z niepełnosprawnością – kolejne wyznaczniki* contains articles covering education and professional enhancement of students and people working with the most necessitous as well as articles showing therapeutic possibilities in some diseases. It is the motorial activity that gives a chance of success and social partnership of the disabled people. I believe the articles given here will increase knowledge on working with people with psychosomatic problems.

I would like to thank the authors of the articles for their directions, sharing their knowledge and experiences and I hope the information will serve effectively to overcome the complex problems of the disabled and to improve the quality of their life.

I want to express many cordial thanks to Professor Roman Nowobilski for his clear-sighted review, directions and remarks which helped in constructing this volume.

Jerzy Rottermund

Bogusław Stelcer

Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

Zastosowanie wybranych nurtów psychoanalizy w kształceniu studentów kierunków medycznych

Medycyna i psychoanaliza

Termin *psychoanaliza* stanowi skrót od czynności analizy psychologicznej, stosowanej w odniesieniu do oceny stanu psychologicznego chorych (R. C. Lane, B. Quintar, W. B. Goeltz, 1998). Jej twórca, Zygmunt Freud, uważał psychoanalizę za dyscyplinę psychologiczną o odrębnej niż medyczna tożsamości. Zasadnicze tezy psychoanalityczne dotyczą roli nieświadomości jako czynnika wpływającego na ludzkie zachowanie i sposób doświadczania świata. Innym postulatem psychoanalitycznym jest pogląd, że specyficzne dla danej jednostki doświadczenia życiowe, historia czy struktura potrzeb psychicznych oddziałują na postrzeganie i sposób zachowania człowieka (*determinizm psychiczny*). Pomimo zastrzeżeń Zygmunta Freuda, bliskość medycyny i psychoanalizy korzystnie wpływała na dynamiczny rozwój obu tych dyscyplin i niezbędnych w procesie leczenia umiejętności interpersonalnych lekarza. Dobrem dla pacjenta jest takie postępowanie, kiedy lekarz go rozumie, ma wgląd w jego potrzeby, cechuje się konieczną wrażliwością etyczną i potrafi wcielić do codziennej praktyki nabytą wiedzę. Wśród niezbędnych kompetencji wymienić należy umiejętność znalezienia odpowiedzi na pytanie, jak pacjent radzi sobie z chorobą, czy jego zachowania adaptacyjne w procesie zmagania się z nią mogą być wzmacniane (A. Yonke, J. Schneider, 2000). Odrębnym zagadnieniem, choć nie mniej ważnym, jest umiejętność postawienia pytania, czy zachowania nieadaptacyjne, jeśli występują, mogą zostać zmienione dzięki interwencji psychologicznej?

W latach trzydziestych XX wieku dokonała się szczególnego rodzaju rewolucja psychoanalityczna. Jej istotnym elementem był fakt odejścia od fundamentalnego poglądu Zygmunta Freuda, że kluczowy dla rozwoju zaburzeń jest konflikt intra-

psychiczny pomiędzy poszczególnymi strukturami aparatu psychicznego. Rewolucyjne w tym zakresie było przekonanie lansowane przez Johna Bowlby'ego i jego następców o znaczeniu relacji, jakie kształtują się w najwcześniejszym okresie życia, dla dalszego rozwoju jednostki. Dzięki następcom Zygmunta Freuda, w tym i jego córki Anny, akcent został przeniesiony z procesów intrapsychicznych na rzecz interpsychicznych (R. Edgcombe, 2007). Otworzyło to szerokie spektrum możliwości rozwoju teorii psychosomatycznych, relacji z obiektem czy holistycznej koncepcji opieki medycznej. Jednym z klasycznych już przykładów łączenia dziedziny medycyny i psychoanalizy jest osoba Michaela Balinta. Zgodnie z poglądem Balinta, zadaniem leczącego jest dotrzeć do świata wewnętrznego chorego. Pozwala to ujrzeć poza objawami somatycznymi istotę towarzyszącego im niejednokrotnie cierpienia duchowego (J. Łazowski, 2002). Psychoanalityk oraz lekarz są osobami odzwierciedlającymi świat wewnętrzny pacjenta. Charakter relacji łączącej lekarza z pacjentem, zdaniem Balinta, odgrywa znaczącą rolę w postawieniu diagnozy oraz sposobie leczenia. Balint wreszcie, jako emigrant z Węgier, który doświadczył wielu strat po drugiej wojnie światowej, był zarazem świadkiem cierpień psychicznych osób pozostających w podobnej do niego sytuacji życiowej. Jako lekarz i psychoanalityk rozumiał znaczenie i konieczność badania psychologicznych implikacji obecnych w praktyce lekarza ogólnego. Zasadniczym rysem myśli balintowskiej jest pogląd, że to osobowość lekarza jest najczęściej używanym lekarstwem. Osoba lekarza, jego styl komunikowania się i temperament, wrażliwość, ograniczenia i kompetencje stanowią czynnik odpowiedzialny za skuteczność leczenia. W psychoanalitycznym sensie rola chorego polega na pozostawaniu w relacji zależności od kogoś, kto ma więcej możliwości działania. W tym sensie bycie chorym oznacza powierzenie się opiece kogoś posiadającego moc decydowania o okolicznościach dotyczących własnego życia i ufności w słuszność jego decyzji.

Rozwój i znaczenie teorii więzi w kontekście opieki medycznej

Działalność naukowa Johna Bowlby'ego spowodowała, że obecnie ogromną troską otacza się potrzeby psychiczne dziecka cierpiącego, które poddawane jest leczeniu w szpitalu. Nieoczekiwanie okazało się, że teoria psychoanalityczna, która swego czasu stanowiła dalekie odstępstwo od ortodoksyjnego freudowskiego nurtu, wywiera wpływ na sposób respektowania potrzeb dzieci w szpitalach na całym świecie.

John Bowlby, który łączył w sobie cechy praktykującego lekarza psychiatry jak i oddanego sprawie propagatora idei, urodził się w arystokratycznej rodzinie angielskiej. Już ten fakt sprawia, że nie odpowiadał stereotypowi psychoanalityka lat trzydziestych ubiegłego stulecia, jakim był intelektualista oddany podejrzanym ideom, koniecznie agnostyk o intelektualnym zaciętrzewieniu. Bowlby ukończył studia psychologiczne i podjął pracę w szkole dla chłopców z problemami natury psychiatrycznej. Owo doświadczenie przesądziło o decyzji, aby pozostać lekarzem,

specjalistą w zakresie psychiatrii dziecięcej. Karierę zawodową zakłóciły jednak działania wojenne, jakkolwiek tuż po ich zakończeniu podjął pracę w klinice w Tavistock, która stała się wiodącą placówką psychiatrii dziecięcej i psychoterapii wieku rozwojowego. Lata międzywojenne w Londynie cechował klimat dyskusji pomiędzy nurtami psychoanalizy wyrastającymi z ortodoksyjnej myśli freudowskiej. Podczas gdy ówczesny ruch psychoanalizy angielskiej oscylował pomiędzy spierającymi się frakcjami, John Bowlby sądził, że psychoanaliza nie powinna się zanadto odrywać od korzeni freudowskich, a dociekania należy skupiać na analizie znaczenia doświadczeń wczesnodziecięcych i ich wpływu na życie emocjonalne w okresie dojrzałym. Wyrażał też pogląd głoszący, że tezy psychoanalizy powinny znajdować potwierdzenie w badaniach naukowych. Poszukiwał wsparcia dla swych pomysłów psychoanalitycznych w źródłach etologicznych, jak też i innych (J. Bowlby, 1953). Pierwsze znaczące badanie Bowlby'ego nastąpiło w klinice w Tavistock, objęło 44 dzieci w wieku pomiędzy piątym a szesnastym rokiem życia, które miały za sobą epizody kradzieży. Badanie wykazało interesującą charakterystykę psychiczną młodocianych i dzieci. Jedna trzecia przejawiała zaburzenia emocjonalne. Natężenie reakcji było płytkie, zaobserwowano niezdolność do odczuwania empatii, poczucia wstydu i emocji z gatunku wyższych. Znaczna większość dzieci niezdolnych do odczuwania silnych emocji, licząca 82%, doznała dłużej trwających epizodów rozłąki od rodziców we wczesnym okresie życia. Wiele spośród tychże separacji od rodziców miała miejsce z powodu długotrwałych hospitalizacji.

W latach powojennych John Bowlby był już znanym psychiatrą dziecięcym i z tego powodu Organizacja Narodów Zjednoczonych zleciła mu opracowanie raportu ilustrującego stan psychiczny dzieci po traumatycznych przeżyciach zaznaczonych w wyniku działań wojennych. Wyniki zespołowych dociekań stały się podstawą rozwijanej przezeń teorii przywiązania i znalazły pełen wyraz w publikacji *Child Care and the Growth of Love* (J. Bowlby, 1953). Bowlby skłaniał się ku przeświadczeniu, że więź utrwała się w siódmym miesiącu życia niemowlęcia i nie wynika z faktu zaspakajania potrzeby głodu. Obiektem przywiązania pierwotnie jest biologiczna matka lub osoba, która najwięcej czasu spędza z dzieckiem. Warunkiem wytworzenia więzi jest trwałość kontaktu i stabilny charakter relacji. Przywiązanie powoduje tendencje do przebywania w bliskim kontakcie z obiektem przywiązania i reagowania niepokojem, kiedy jego nieobecność wydłuża się w czasie (Z. Łoś, 2006). Kiedy przywiązanie ma charakter bezpieczny, dziecko ma możliwość spędzania większości czasu w bliskim kontakcie z matką, która pełni rolę bezpiecznej bazy, chroniącej przed zagrożeniami, będącej miejscem, z którego rozpoczyna się eksploracja świata (J. Bowlby, 2007).

Poglądy dotyczące teorii przywiązania wywoływały protesty ortodoksyjnych środowisk. Pozostając przy wcześniej przytoczonym fakcie, punktem spornym było przesunięcie akcentu z procesów intrapsychicznych na rzecz interpsychicznych. Niuanse rozwoju psychicznego od czasów Bowlby'ego tłumaczone były już nie wzajemnym oddziaływaniem poszczególnych części aparatu psychicznego, lecz

dynamiką relacji pomiędzy dwoma jednostkami – niemowlęciem i osobą dla niego znaczącą.

Rezultatem badań Bowlby'ego było rozpowszechnienie się terminu *d e p r y w a c j a m a c i e r z y Ń s k a* jako pojęcia tłumaczącego szereg zaburzeń psychiatrycznych. Michael Rutter twierdził, że termin ten posiada szereg znaczeń. Sugerował, iż zawiera się w nim bogactwo środowiska wychowawczego dziecka, siła przywiązania z okresu poprzedzającego separację, różnice płciowe. Wyrażał ubolewanie, że owe zmienne są niewuwzględniane w badaniach nad skutkami zerwania więzi (M. Rutter, 1972).

Poglądy Bowlby'ego na temat więzi i separacji od obiektu przywiązania wzbudziły szerokie dyskusje, niemniej wniosły nową perspektywę do badań na gruncie psychologii rozwojowej. Teorie te, od czasu ich sformułowania, przyczyniły się zdecydowanie do pogłębienia świadomości wagi faktu separacji dziecka od swych opiekunów. Wpływ ten dotyczył także badań i terapii na gruncie psychiatrii dziecięcej.

Inna medycyna – psychosomatyka

Termin „medycyna psychosomatyczna” jak i „zaburzenie psychosomatyczne” został po raz pierwszy użyty przez wiedeńskiego psychoanalityka Felixa Deutscha w roku 1922 (B. Luban-Plozza i in., 1995). Medycynę psychosomatyczną rozumiał on jako „psychoanalizę stosowaną” i to jego osobie przypisuje się fakt, że początki medycyny psychosomatycznej były zdominowane przez orientację psychoanalityczną. Franz Alexander, psychiatra zorientowany psychoanalitycznie, zaproponował koncepcję choroby złożoną z trzech czynników:

- specyficznej konstelacji cech osobowościowych, związanych z nieuświadomianymi konfliktami będącymi rezultatem doświadczeń dzieciństwa,
- specyficzną sytuacją życiową z okresu bezpośrednio poprzedzającego zachorowanie, reaktywującą tenże konflikt,
- konstytucjonalną słabość określonego narządu (M. Seligman, E. Walker, D. Rosenhan, 2003).

Dziś jednak klasyczne poglądy nie spotykają się z powszechną akceptacją. Obecne nurty medycyny psychosomatycznej zwracają się ku ujmowaniu człowieka w zdrowiu i chorobie z perspektywy biologicznej, psychicznej i społecznej. Znakomitym przykładem takiego podejścia jest koncepcja George'a Engela, który opracował trójczynnikową koncepcję choroby, znaną jako „model biopsychospołeczny choroby”, stanowiący kontynuację myśli psychoanalitycznej. Koncepcja ta pozwala ujrzeć zaburzenia psychiczne w kontekście interakcyjnym, gdzie procesy patologiczne są rezultatem wzajemnego wpływu czynników odbywających się na poziomie komórkowym, tkankowym, narządowym, psychicznym i społecznym. Listę owych poziomów, można by uzupełnić o sferę doznań duchowych, stanowiącą naturalne odniesienie człowieka do sfery związanej z poszukiwaniem sensu dla jego egzystencji. Dziedzinę psychosomatyki, za Zbigniewem Lipowskim (1969), można

określić w dość nieformalny sposób jako dziedzinę interdyscyplinarną, zajmującą się wyjaśnianiem sposobu doświadczania choroby przez pacjenta, jej subiektywnym znaczeniem, oraz wpływem postrzeganego jej sensu na zachowanie chorego oraz jego interakcje z osobami go otaczającymi. Psychosomatyka skoncentrowana jest na analizie kilku zasadniczych problemów kluczowych dla medycyny. Do sfer tych należy:

- ocena roli czynników psychicznych w jednostkowej podatności na zachorowania na różnego rodzaju choroby, ich przebieg oraz długoterminowe skutki,
- uwzględnienie perspektywy holistycznej w praktyce klinicznej,
- specjalistyczna terapia łącząca interwencję psychologiczną w profilaktyce, leczeniu i rehabilitacji chorób z oddziaływaniami medycznymi (G. Fava, 2006).

Praktyczne implikacje teorii psychoanalitycznych i wskazania do edukacji

Trendy terapeutyczne leczenia chorych somatycznie ulegają dynamicznym zmianom. Specyfiką lat powojennych w Europie był zwyczaj przedłużających się hospitalizacji dzieci i zakaz przebywania rodziców ze swymi dziećmi. Często tym pretekstem były wymagania higieniczne i ochrona przed zakażeniami. Jednakże nie bez znaczenia pozostawały poglądy, że po wizycie rodzica dziecko pozostawało jeszcze bardziej rozdrażnione, doświadczając szczególnego rodzaju traumy psychologicznej. Zalecano więc rodzicom, aby „dla dobra dziecka” nie odwiedzali go w szpitalu. W efekcie zdarzało się, że dziecko nie miało kontaktu z rodzicem przez okres wielu miesięcy. Zarazem lata powojenne stanowią okres dynamicznego rozwoju psychiatrii dziecięcej oraz reform systemu opieki zdrowotnej, do których przyłączyli się terapeuci o psychoanalitycznym rodowodzie. W Stanach Zjednoczonych zaczęto formułować teorie wyjaśniające negatywne zmiany zachowania u hospitalizowanych dzieci. Rene Spitz (1945) wprowadził termin „hospitalizacja” na wyjaśnienie ogólnego poziomu funkcjonowania dziecka przebywającego w szpitalu przez długi okres czasu. David Levy (1945) przedstawił doniesienie ilustrujące pobyt dzieci w oddziale chirurgicznym. Był zdania, że można w dużym stopniu umniejszać szkodliwe skutki długotrwałego pobytu w szpitalu, jeżeli spełnione zostaną trzy następujące warunki:

- dziecko będzie przygotowane do mających nastąpić zdarzeń i wszystko będzie szczerze wyjaśnione i wytłumaczone,
- matka będzie obecna przy nim tuż przed i po zabiegu,
- dziecko będzie właściwie znieczulone w czasie zabiegu i po nim.

W 1959 roku ukazał się tzw. „raport Platta”, prezydenta Królewskiego Stowarzyszenia Chirurgów, zawierający 55 rekomendacji na rzecz wydawania pozwoleń rodzicom, by przebywali wraz z dziećmi w szpitalach. Raport zawierał też zalecenia,

by zapewnić rodzicom właściwe warunki pobytu, a dzieciom stosowne miejsca do zabaw i nauki szkolnej (H. Platt, 1959).

Niepisany do dziś założeniem kliniki Tavistock jest przekonanie o możliwości stosowania technik psychoanalitycznych nie będących terapią indywidualną. Związani z jej działalnością badacze wprowadzili do dyskursu nad aspektami opieki nad chorym nowe pojęcia i jakość dyskusji, które przyniosły owoce w postaci poprawy metod leczenia (J. Macnaughton, 2000; T. E. Quill, C. K. Cassel, 1995). Umiejętności, jakie można nabyć, poddając się szkoleniu i edukacji pogłębionej o wiedzę psychoanalityczną, to:

- umiejętności słuchania,
- zintegrowany sposób myślenia o pacjencie i jego chorobie,
- rozwój empatii jako narzędzia terapeutycznego,
- refleksja nad własną rolą w procesie leczenia,
- rozszerzenie repertuaru zachowania wobec różnych pacjentów,
- zrozumienie znaczenia towarzyszenia choremu w jego zmaganiach z kryzysem choroby,
- rozumienie psychologicznych aspektów choroby.

To dzięki efektem dociekań Bowlby'ego, Balinta i wielu innych codzienność oddziałów szpitalnych potwierdza znaczenie pionierskich badań oraz metod pracy z lekarzami i studentami. Szpitale są najbardziej właściwym miejscem dla urzeczywistniania w praktyce tez o psychoanalitycznym rodowodzie. Kierując się nimi, personel leczący sprawia, że pobyt dzieci, młodocianych i dorosłych w szpitalach może nie wiązać się, jak dawniej, z traumą psychiczną dla małych pacjentów i ich rodziców. Metody wypracowane przez kontynuatorów podejścia psychodynamicznego sprawiają, że leczący czują się znacznie lepiej w kontakcie z chorym i, co istotne, przepisują znacznie mniej leków. Relacja pomiędzy lekarzem a pacjentem może być zarówno personalna, jak i profesjonalna.

Bibliografia

- Bowlby J. (1953), *Child Care and Growth of Love*, Penguin, Harmondsworth.
- Bowlby J. (2007), *Przywiązanie*, przeł. M. Polaszewska-Nicke, PWN, Warszawa.
- Edgumbe R. (2007), *Anna Freud*, przeł. S. Pikiel, GWP, Gdańsk.
- Fava G. A. (2006), *A Different Medicine Is Possible*, "Psychoterapy and Psychosomatics", 75, 1–3.
- Holmes J. (2007), *John Bowlby*, przeł. J. Łaszcz, GWP, Gdańsk.
- Lane R. C., Quintar B., Goeltz W. B. (1998), *Directions in Psychoanalysis*, "Clinical Psychology Review", 18, 7, 857–883.
- Levy D. (1945), *Child Patients May Suffer Psychic Trauma after Surgery*, "Modern Hospital", 65, 51–52.
- Lipowski Z. J. (1969), *Psychosocial Aspects of Disease*, "Annales of Internal Medicine", 71, 1197–1206.