

Doświadczenie przemocy w dzieciństwie a rozwój chorób somatycznych. Studium przypadku pacjentki chorej na łuszczycę i astmę aspirynową

Agnieszka Laskowska

Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego

Krzywdzenie dziecka może przybierać różnorodne formy oraz prowadzić do konsekwencji bliskich i odroczonej. W krótkim czasie powoduje u dziecka stres, a także wzmacnia objawy lękowe i depresyjne. Odroczonej w czasie konsekwencją mogą być zaburzenia więzi, osobowości, a także rozwój chorób somatycznych. Niektóre choroby somatyczne są szczególnie związane z przeżywanym stresem, a inne powodują powstanie pewnego rodzaju porozumienia między dzieckiem a krzywdzącymi rodzicami. Uważa się, że w rodzinach, w których akceptacja dziecka wtedy, gdy jest zdrowe, jest utrudniona, mogą pełnić one funkcję przybliżającą, np. wywołując troskę o dziecko spowodowaną jego chorobą.

W pracy przedstawiono studium przypadku chorującej na łuszczycę i astmę aspirynową pacjentki, która od wczesnego dzieciństwa doświadczała odrzucenia ze strony matki oraz różnych form przemocy psychicznej i fizycznej ze strony ojca. W konsekwencji zaobserwowano u niej zaburzenia więzi, emocjonalne i osobowości. Stwierdzono także związek objawów chorób somatycznych z relacjami w rodzinie pacjentki i jej doświadczeniami emocjonalnymi.

Opisano hipotezy diagnostyczne, przebieg badania i psychoterapii psychodynamicznej. Ponadto w podsumowaniu zaprezentowano wnioski z procesu diagnostycznego i psychoterapeutycznego. Zauważono związek między objawami chorób somatycznych a doświadczeniami pacjentki z domu rodzinnego.

SŁOWA KLUCZOWE:

KRZYWDZENIE, PRZEMOC, DZIECKO, ŁUSZCZYCA, ASTMA ASPIRYNOWA

Krzywdzenie dziecka może przybierać różne formy i natężenie – od drobnych uwag krytycznych przez zaniedbanie ze strony któregoś z opiekunów po przemoc psychiczną i fizyczną (Piekarska, 2003; Rode, 2010; Sajkowska, Szymańczyk, 2009; Waksmańska, Łukasik, Grzywna, 2008). Zgodnie z teorią zdarzeń życiowych Holmes i Rahe (1967) przemoc może wywoływać stres u jej ofiar, a w konsekwencji przyczyniać się do rozwoju chorób somatycznych. Współczesne modele naukowe dotyczące odroczonej konsekwencji stresu wychodzą poza hipotetyczny charakter (Cohen, 2005; Niegel, Ayers, Martini, von Soest, 2017). Cohen (2005) w swoim eksperymencie wykazał dodatni związek przyczynowo-skutkowy między doświadczeniem stresu a podatnością na infekcje górnych dróg oddechowych, co świadczy o znaczącej roli stresu w rozwoju tej choroby.

Od dawna uważa się, że czynniki psychiczne odgrywają ważną rolę w powstawaniu chorób somatycznych. Od ponad 50 lat medycyna psychosomatyczna stanowi zorganizowany obszar naukowy. Zajmuje się ona badaniem interakcji czynników psychologicznych i medycznych, które mogą wpływać na zdrowie, a także na chorobę. Na gruncie psychologii i fizjologii panuje przekonanie o związku emocji z rozwojem zaburzeń psychosomatycznych (Szewczyk, 2003). Emocje mogą powodować zmiany czynności układów endokrynnego i immunologicznego. Dlatego też długotrwałe utrzymywanie się niektórych emocji prowadzi do zaburzenia normalnych funkcji organizmu, a w konsekwencji do powstawania zmian chorobowych. Procesy emocjonalne są regulowane przez ośrodki znajdujące się na różnych poziomach układu nerwowego. Regulacja ta dokonuje się przez ośrodki o antagonistycznych zadaniach, jedne z nich działają pobudzająco, a inne – hamująco (Szewczyk, 2001). Alexander, uważany za prekursora psychosomatyki, opracował listę siedmiu podstawowych chorób psychosomatycznych, do których zaliczył: samoistne nadciśnienie tętnicze, dychawicę oskrzelową, wrzodziejące zapalenie jelit, chorobę wrzodową, nadczynność tarczycy, atopowe zapalenie skóry i gościec pierwotny przewlekły. Według Alexandra objawy somatyczne są fizjologicznymi wskaźnikami towarzyszącymi stanom emocjonalnym i pojawiają się na skutek braku rozładowania emocjonalnego. Ponadto przypisywał on konfliktom emocjonalnym odpowiednie reakcje ze strony układów współczulnego i przywspółczulnego.

Choroby skóry i układu oddechowego uznaje się za wypadkową działania różnych czynników, w tym negatywnych emocji (Schier, 2009). Według Schier (2009) zaburzenia psychosomatyczne są pomostem między ciałem a psychiką. Na przykład wśród czynników ryzyka rozwoju astmy dziecięcej wymienia się m.in. relacje rodzinne (Namysłowska, 2003). Zdarza się, że matka dziecka cierpiącego na tę chorobę jest nadmiernie lękliwa, boi się o dziecko, a występujące u niego ataki duszności ją

przerażają. Staje się bardzo troskliwa i ochraniająca przez co ogranicza samodzielność dziecka, odmawia mu prawa do samostanowienia, dusi je (analogicznie jak astma). Jednocześnie nie w pełni je akceptuje, a ono dopiero podczas ataku choroby doświadcza prawdziwej troski (a nie zakazów i kar). To może wzmacniać u dziecka ataki, które są jedynymi chwilami, kiedy czuje się kochane.

Coraz częściej do poradni zdrowia psychicznego (PZP) trafiają osoby, które wiele lat leczyły się z powodu dysfunkcji fizycznych, np. przewlekłych bólów głowy, dolegliwości kardiologicznych czy postępujących zmian skórnych. Po wielu niepowodzeniach w diagnostyce i leczeniu tych zaburzeń skłonne są przyznać się, że ich choroby mogą mieć związek z doświadczonym stresem.

OPIS PRZYPADKU

W podobnych okolicznościach w październiku 2011 r. zgłosiła się do Poradni Zdrowia Psychicznego przy Klinice Psychiatrii i Stresu Bojowego Wojskowego Instytutu Medycznego dwudziestodwuletnia kobieta. O możliwości leczenia psychoterapią w nurcie psychodynamicznym dowiedziała się od dermatologa z poradni dermatologicznej WIM. Pacjentka określiła swój problem jako trudność z rozpoznaniem własnych emocji i wycofania z relacji. Zgłaszała także problem somatyczny: łuszczycę, której objawy obejmowały znaczną część górnych partii ciała – plecy, brzuch i ręce. Kobieta cierpiała ponadto na astmę aspirynową.

Pacjentka wspomniała także o przeszłych problemach o charakterze bulimicznym (objadanie się, prowokowanie wymiotów, stosowanie środków przeczyszczających, intensywne ćwiczenia na siłowni).

Jako główny powód swoich trudności upatrywała przemoc doświadczaną w dzieciństwie. Ojciec stosował przemoc psychiczną i fizyczną. Od matki doznała odrzucenia emocjonalnego.

W trakcie konsultacji psychologicznej nie zaobserwowano utrudnień w kontakcie z pacjentką. Jej wypowiedzi były logiczne, spójne i rzeczowe. Zgłaszała obniżony nastrój cechujący się smutkiem i przygnębieniem. Deklarowana postawa wobec rzeczywistości była negatywistyczna. Pesymistycznie oceniała teraźniejszość i przyszłość. Afekt był dostosowany do wypowiedzianych treści. Ekspresja emocjonalna ograniczona. Jedynie twarz pacjentki wyrażała deklarowany smutek. Nie zaobserwowano zaburzenia treści i toku myślenia. Pacjentka była krytyczna w ocenie siebie i obecnej sytuacji, a także własnego stanu zdrowia. Relacjonowała fakty ze swojego życia i nadawała im własną interpretację. Oceniono intelekt jako mieszczący się w normie przyjętej dla wieku pacjentki.

Charakterystyka chorób, na które cierpi pacjentka

Łuszczyca. Łuszczyca jest przewlekłą, niezakaźną chorobą skóry charakteryzującą się stanem zapalnym i łuszczeniem naskórka. Zmiany te mogą powodować świąd lub ból. Łuszczyca jest częstą chorobą skóry – dotyka około 1–3% populacji. Dotyczy w równym stopniu kobiet, mężczyzn. Najczęściej wykwity łuszczycowe pojawiają się na łokciach, kolanach, nogach, skórze owłosionej głowy, twarzy, dłoniach, stopach oraz dolnej części pleców.

Wiele czynników – zarówno endogennych, jak i pochodzenia zewnątrzustrojowego – może wpływać na rozwój objawów somatycznych. Należą do nich m.in. czynniki genetyczne, infekcje, leki, sposób odżywiania, urazy mechaniczne i stres psychologiczny (Romańska-Gocka, 2009).

W licznych doniesieniach naukowych pojawiają się hipotezy o psychosomatycznym charakterze łuszczycy (Pietrzak, Janowski, Lechowska-Mazur, Krasowska, 2006). Wskazuje się na czynniki psychologiczne jako wyzwalające i powodujące nasilenie zmian skórnych. Wśród nich najczęściej jest wymieniany stres jako wpływający na przebieg choroby. W piśmiennictwie wskazuje się na dwukierunkowy charakter zależności między łuszczycą a stresem. Stres jest czynnikiem wyzwalającym rozwój wykwitów skórnych, zaś łuszczyca może być źródłem przeżywania stresu przez osoby chore. Janowski (2007) wskazuje na znaczący dystres związany z zachorowaniem. Choroby skóry niekiedy znacząco zmieniają wygląd osób nimi dotkniętych. Może to wpływać na różne sfery życia chorych, np. relacje interpersonalne, życie społeczno-zawodowe lub aktywność seksualną (Heszen, Sęk, 2008; Kowalczyk-Zieleniec, Nowicki i in., 1999).

Leczenie łuszczycy powinno być wielokierunkowe oraz obejmować farmakoterapię, inne zabiegi medyczne i postępowanie psychologiczne. Przeżycia chorych na łuszczycę (poczucie wyobcowania, braku zrozumienia, tendencja do wycofania z relacji społecznych, przeżywanie dystresu) wskazują na celowość włączenia do leczenia interwencji psychologicznych (psychoterapii indywidualnej i grupowej, biofeedbacku, wizualizacji itd.; Pietrzak i in., 2006). Często psychoterapia indywidualna koncentruje się na identyfikacji czynników wyzwalających rozwój choroby. Jednocześnie pełni funkcję czynnika wspierającego zdolność adaptacji do choroby i radzenia sobie z nią.

Astma aspirynowa. Astma aspirynowa jest typem astmy oskrzelowej, zwykle o umiarkowanym lub ciężkim przebiegu. Jej najważniejszym objawem jest nadwrażliwość na aspirynę i inne niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ). Objawy nasilają się po podaniu aspiryny lub innych leków z grupy NLPZ. Często nadwrażliwość

na leki pojawia się nagle, po długim okresie dobrej ich tolerancji. U chorych na astmę aspirynową przyjęcie nawet jednej tabletki NLPZ może prowadzić do śmierci. Przebieg choroby jest przewlekły, a jej uciążliwe objawy (m.in. silne duszności, wodnisty wyciek z nosa, obrzęk błony śluzowej nosa, świąd, łzawienie) utrzymują się mimo starannego wystrzegania się przez chorych przyjmowania powodujących ją leków. Co najmniej połowa pacjentów wymaga długotrwałej terapii. Według piśmiennictwa astma aspirynowa jest ciągłym, ciężkim stanem zapalnym układu oddechowego (Niżankowska, Bezyńska-Krypel, Bohenek, Szczelik, 1997).

Na gruncie psychologii szczególne miejsce zajmuje poszukiwanie związków astmy z zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza zespołem lęku napadowego i depresją. Badania wykazują, że oba te zaburzenia psychiczne występują od dwóch do sześciu razy częściej u chorych na astmę niż w populacji ogólnej. Możliwe, że sama specyfika objawów choroby, z charakterystycznymi dla niej napadami ostrej duszności, zwiększa ryzyko wystąpienia zaburzeń lękowych i depresyjnych. Często można spotkać się z hipotezą odwrotną, że obecność tych zaburzeń wtórnie zaostrza objawy astmy. Może to wynikać z wpływu zaburzeń psychicznych na wiele różnych poziomów funkcjonowania organizmu i zachowania chorych, w tym np. na nadmierną aktywację osi podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowej, współpracę w leczeniu choroby somatycznej, regularność przyjmowania leków, a także ogólną jakość życia oraz zdolność do korzystania ze wsparcia rodzinnego i społecznego (Potoczek, 2010; Sheridan, Radmacher, 1998).

Dane z obserwacji psychologicznej pacjentki

Pacjentka zadbana i schludna. Jej makijaż był dostosowany i stonowany. Podobnie ubiór, poza obuwiami, które zasadniczo pełniło swoją funkcję ochronną przed zimą, jednak uwagę zwracała rzadko spotykana bardzo gruba podeszwa i wysoki obcas, stanowiące ekstrawaganckie połączenie.

Pacjentka zgłosiła się w okresie jesienno-zimowym, więc zmiany tłuszczycowe były całkowicie zasłonięte przez ubranie. Spontanicznie pokazała wykwity skórne – były to duże zmiany pokrywające znaczną część skóry brzucha, pleców i rąk.

Podczas pierwszego i kolejnych spotkań pacjentka wycofana. Sprawiająca wrażenie stawiania bariery emocjonalnej. Nie nawiązywała kontaktu wzrokowego. Uwagę zwracał brak śmiechu. Tempo mowy było umiarkowane. Słuchała pytań psychologa i do większości z nich odnosiła się otwarcie. Intensywność głosu spadała wraz z wypowiedzianiem ważnych treści. Pacjentka mówiła cicho i powoli. Dotyczyło to relacji w rodzinie, a także jej rozumienia problemów zaistniałych między nią a pozostałymi

członkami rodziny. Zwłoka w odpowiedzi po pytaniach psychologa także zależała od stopnia neutralności pytania. Na pytania dotyczące obiektywnych zdarzeń z życia (tj. miejsca zamieszkania, roku studiów) odpowiadała szybko i zdecydowanie, natomiast pytania dotyczące emocji długo pozostawały bez odpowiedzi. Pacjentka po dłuższym okresie milczenia często udzielała odpowiedzi „nie wiem”.

Uwagę zwracało bogactwo wypowiedzi. Pacjentka używała zróżnicowanych pojęć do opisu podobnych zjawisk. Precyzyjnie i adekwatnie opisywała sytuacje, własne obserwacje i interpretacje zdarzeń. Urozmaiconemu słownictwu towarzyszyła uboga ekspresja emocjonalna. Mimika pacjentki była ograniczona, podobnie zakres ruchów ciała i gestykulacja. Pacjentka siedziała w jednym miejscu, rzadko poruszając się. Jednocześnie nie zaobserwowano wzmożonego napięcia mięśniowego. Obserwacja danych niewerbalnych pozwoliła na ocenę pacjentki jako opanowanej i spokojnej.

W trakcie pierwszych spotkań pacjentka wyrażała chęć podjęcia terapii. Jak twierdziła, miała problemy w relacji z innymi, które określała jako problem z zaufaniem i wchodzeniem w relacje. Dość swobodnie werbalizowała swoje trudności. Mogło to wynikać z wcześniejszych doświadczeń z terapią i posiadaną wiedzą jak powinno przebiegać spotkanie z psychologiem. Jej otwartość była jednak sprzeczna ze zgłaszanym problemem (zamknięcie i wycofanie z relacji). To mogło sugerować trudność z uzyskiwaniem wglądu w naturę własnych problemów. Dane płynące z obserwacji zachowania na poziomie niewerbalnym potwierdzały moje przypuszczenia. Pacjentka siedziała do mnie bokiem, rzadko nawiązywała kontakt wzrokowy oraz przyjmowała zamkniętą pozycję ciała, tj. krzyżowała ręce i nogi.

Dane z wywiadu psychologicznego

Pacjentka jest studentką studiów humanistycznych (w chwili zgłoszenia do PZP w trakcie obrony licencjatu – dwukrotnie powtarzała trzeci rok studiów z powodu zaostżenia zaburzeń somatycznych). Panna. Nie pracuje, utrzymywana przez rodziców. Mieszka oddzielnie w mieszkaniu po babci (ze strony ojca). Mimo oddzielnego mieszkania finansowo jest związana z rodziną. Ma trudności w usamodzielnieniu się. Nie planuje podjąć pracy w najbliższym czasie.

Wcześniejsze leczenie psychologiczno-psychiatryczne. W szkole podstawowej konsultowana przez psychologa na życzenie matki. Podaje, że psycholog wykonywała testy, nie interesując się jej aktualnym stanem. Po trzech wizytach odmówiła kontynuacji spotkań. Nie pamięta przyczyny wizyt u psychologa.

W wieku około 19 lat przez rok uczestniczyła w psychoterapii psychodynamicznej. Jak wspomina, przeżywała kryzys, nie potrafiła zrozumieć swoich emocji, miała

nasilone objawy bulimiczne, odsuwała się od ludzi. Zrezygnowała, gdy terapeuta zaproponował jej spotkania dwa razy w tygodniu. Twierdzi, że przestraszyła się, iż terapia będzie „trwała wiecznie”. Tłumaczy to także brakiem pieniędzy. Po około roku od rezygnacji z terapii zgłosiła się do PZP w Wojskowym Instytucie Medycznym. Zaproponowałam jej kontrakt krótkoterminowy w nurcie psychodynamicznym. Za terapią krótkoterminową przemawiało kilka czynników. Pacjentka przestraszyła się i zakończyła poprzednią psychoterapię po tym, jak psychoterapeuta zaproponował jej zacieśnienie więzi terapeutycznej. Możliwe, że propozycja psychoterapii długoterminowej doprowadziłaby do odejścia pacjentki. Mogła też wzmocnić opór, który na tym etapie stanowiłby przeszkodę w nawiązaniu relacji terapeutycznej. Po skończonej terapii i kilku miesiącach przerwy pacjentka wróciła. Widząc opór pacjentki przed długotrwałą terapią, zaproponowałam kolejny kontrakt krótkoterminowy, który pacjentka chętnie przyjęła. Została jednak poinformowana, że w przyszłości powinna rozważyć kontrakt długoterminowy. Taki rodzaj relacji, jaki stwarza psychoterapia długoterminowa, powinien być leczeniem z wyboru, ale dla pacjentki stanowił obszar znacznej trudności (McWilliams, 2009).

Celem terapii była poprawa funkcjonowania pacjentki w relacjach. Zaplanowano także rozmowy na temat łuszczycy i astmy. Ich celem było udzielenie wsparcia psychologicznego pacjentce.

Rodzina pochodzenia. Wychowana w rodzinie pełnej. Miała starszą o 10 lat siostrę, która chorowała na ciężką postać astmy i zmarła, gdy pacjentka miała 10 lat. Rodzice są razem, chociaż pacjentka twierdzi, że nie kochają się i niewiele ich łączy.

Związana z matką, jednak ma poczucie, że matka często jej nie rozumie i nie stara się słuchać. Twierdzi, że ma być tak, jak ona chce. Kiedy córka próbuje przekazać jej swoje zdanie, matka nie bierze tego pod uwagę. Pacjentka podkreśla aspekt dominacji matki, a jednocześnie dużej potrzeby bliskości. Twierdzi, że mama bardzo ją kontroluje. Przyznaje, że matka w przeszłości często była nieobecna, zarówno fizycznie jak i emocjonalnie, zajęta opieką nad chorą siostrą. Pacjentka czuła się odsunięta na bok i zaniedbana. Czuła się nieważna dla nierozumiejącej i niemającej dla niej czasu matki.

Stosunki z ojcem oziębłe. Ojciec był agresywny, zalewający, nieliczący się z pacjentką, wulgarny. Pacjentka twierdzi, że w domu często dochodziło do skierowanych przeciwko niej aktów przemocy. Ojciec bił ją i obrażał. Pacjentka twierdzi, że nigdy nie szanował jej granic. Przytaczała wiele przykładów przemocy i przekraczania granic przez ojca, np. gdy miała 13 lat ojciec wyciągnął ją za włosy naga z wanny, karząc w ten sposób za przemalowanie fotela w jej pokoju. Pacjentka mieszka osobno, choć nieformalnie pokój w domu rodzinnym pozostał „jej pokojem”. Pacjentka twierdzi, że tata pokój „zastawił swoimi rzeczami”. Używa sformułowań „zalewa mój pokój”,

„powoli pochłania moją przestrzeń”. Jakiś czas temu zaplanował remont mieszkania, w którym pacjentka obecnie mieszka (jako prezent na jej urodziny), i wybrał kolory ścian, nie pytając pacjentki o zdanie.

Rodzice nadal pracują. Mama jest pedagogiem, ojciec inżynierem i dużo podróżuje. Pod jego nieobecność pacjentka odpoczywała i czuła się swobodnie. Mówiła, że zawsze, gdy go nie było, zbliżały się z matką do siebie.

Nie czuła się związana z siostrą. Twierdzi, że nigdy nie były blisko ze sobą. Po jej śmierci krótko przeżywała żałobę.

Wczesny etap życia. Pacjentka urodziła się jako druga z rodzeństwa. Mówiła o sobie, że jest „dzieckiem z wpadki”. Nie pamięta, czy była karmiona piersią. Urodzona o czasie, z jej relacji wynika, że rozwój przebiegał prawidłowo i bez powikłań. Przebyła choroby wieku dziecięcego. Problemy z astmą i skórne pojawiły się w późniejszym wieku. Łuszczycę rozpoznano w czasie nauki w gimnazjum, a na astmę zaczęła chorować w trakcie studiów.

Okres dojrzewania. Gdy pacjentka była okresie dojrzewania, zmarła jej siostra. Wtedy też zaczęła dostrzegać swoją nadwagę.

Chodziła do renomowanego warszawskiego gimnazjum. Nie radziła sobie z nauką. Wspominała lekcję francuskiego w trzeciej klasie, gdy nauczycielka zrobiła niezaplanowany sprawdzian – wypracowanie nt. zanieczyszczenia środowiska. Pacjentka wspomina, że doznała wtedy silnej frustracji. Wspomina płacz z bezsilności.

Gdy pacjentka była w trzeciej klasie gimnazjum, zachorowała na łuszczycę. W tym samym okresie zaczęły się jej problemy psychiczne. Dotyczyło to trudności w zakresie regulacji emocji i braku akceptacji własnego wyglądu. Pacjentka zaczęła przeczyszczać się (prowokowała wymioty, przyjmowała leki przeczyszczające). Starła się nie okazywać, że przeżywa trudności. Utrzymywała poprawne relacje rówieśnicze.

Uważa, że jej problemy w relacjach pojawiły się po rozpoczęciu nauki w liceum. Czuła, że odstawała od otoczenia. Mówi, że pochodziła z innego środowiska („pochodziłam z dobrego domu”). Przezywano ją np. „czarna mała”. Czuła się nieakceptowana. W liceum nie miała koleżanek.

W liceum miała pierwszego chłopaka. Straciła z nim dziewictwo. Mówiła o tym niechętnie. Wyglądała na skrępowaną.

Okres wczesnej dorosłości. Pacjentka rozpoczęła studia wieczorowe na wydziale humanistycznym. Wspomina, że bardzo chciała uczyć się. Uważa, że chęć studiowania stopniowo słabła. Obecnie jest na trzecim roku i do tej pory powtarzała go dwukrotnie. Dwa lata przerwy w studiach były spowodowane zaostrzeniem chorób somatycznych. W trakcie trzeciego roku studiów u pacjentki nasiliły się objawy astmy. Była wielokrotnie hospitalizowana. Spowodowało to niemożność zaliczenia

większości przedmiotów. Leczenie farmakologiczne astmy pogłębiło łuszczycę. Zaostrzenie i leczenie łuszczycy było kolejnym powodem przeciągającej się nieobecności pacjentki na uczelni.

Relacje. Pacjentka uważa, że ma problem w relacjach. Często unika spotkań z innymi, bo uważa, że jest dla ludzi nieciekawa. Boi się krytyki i odrzucenia. Jednocześnie sama jest krytyczna wobec innych ludzi. W czasie leczenia w PZP była w związku z mężczyzną cierpiącym na zaburzenia lękowe. Twierdziła, że zawsze wybiera sobie wycofanych partnerów, którzy są „całkowitym zaprzeczeniem” jej ojca. W aktualnym związku często dochodzi do kłótni. Pacjentka zauważa, że mało rozmawia z partnerem. Ponieważ pochodzi on z innego miasta, spotykali się w weekendy. Jak podaje pacjentka, jej partner często uskarżał się na liczne dolegliwości. Często bolała go głowa. Był zaabsorbowany sobą, mniej partnerką. W terapii pacjentka niewiele mówiła o swoim związku i poprzednich partnerach. Unikała też tematu seksu. Z jej relacji wynikało, że wybiera partnerów, z którymi początkowo możliwe są zbliżenia. Szybko relacje seksualne zanikają. Pytana o sferę seksualną mówiła o zażenowaniu i wstydzie.

W kontekście łuszczycy pacjentka twierdziła, że dotychczasowi partnerzy seksualni akceptowali jej wygląd. Ujmowała to w słowach „nie zgłaszali obiekcji, ja sama się z tym źle czuję”. Z relacji pacjentki wynika, że partnerzy mieli świadomość, że łuszczycy jest chorobą niezakaźną. Nigdy nie stanowiła ona problemu dla nich, lecz dla niej samej.

Kontekst zdrowotny psychologicznych problemów pacjentki. Pacjentka choruje na łuszczycę od trzeciej klasy gimnazjum. Jak twierdzi, choroba rozpoczęła się od pojawiających się pojedynczo plamek małej średnicy. Z biegiem czasu zmiany zaczęły się powiększać, jednak pacjentka nie przypomina sobie, żeby w tamtym okresie choroba była dla niej uciążliwa. Warto nadmienić, że w tym okresie pojawiły się u niej problemy bulimiczne, które prawdopodobnie były bardziej absorbujące i odwracały jej uwagę od problemów skórnych. W chwili zgłoszenia się do poradni pacjentka nie potrafiła przypomnieć sobie, czym leczono u niej łuszczycę. Pamięta, że były to maści. Choroba zaostrzyła się na trzecim roku studiów, podczas steroidoterapii astmy aspirynowej.

Przez pewien czas pacjentka była leczona cyklosporyną, stosowaną w leczeniu ciężkiej łuszczycy u chorych, u których konwencjonalne metody terapii są nieskuteczne lub niewskazane. Pacjentka bez zgody lekarza przedłużyła czas stosowania tego leku.

O swojej chorobie mówiła: „czuję, że dziczeję, że jestem zamknięta w skorupie. Nie mogę o tym zapomnieć. To cały czas swędzi. Czuję się obumarła, kostropata. Wyklucza mnie to z grona osób atrakcyjnych z definicji. Boję się, że zostanę skorupiakiem”.

Astmę rozpoznano u pacjentki, kiedy była na pierwszym roku studiów. Do tej pory przeszła dwie operacje usuwania polipów z nosa i poszerzania ujścia zatok. Pacjentka musi unikać leków, które zawierają aspirynę. Podczas spotkań często ocierała nos z cieknącej wydzieliny (jest to jeden z objawów choroby).

W czasie trwania terapii była leczona symbicortem w dawce dwa razy dziennie. Przyjmowała także doraźnie berotec. Sama pacjentka o astmie mówi: „tej choroby tak nie przeżywam jak łuszczycy. Gdybym miała wybierać z tych dwóch chorób, to wybrałabym astmę. Nie przeszkadza mi. Nauczyłam się już, że jak czuję duszności, to dzwonię na pogotowie to dadzą mi kroplówki, zastrzyk, inhalację i mi przechodzi. Przestraszyłam się tylko raz i to było niedawno, jak leki nie chciały działać. Myślałam, że się uduszę, ale i to zostało zażegnane. Mam wrażenie, że nawrót ostrych ataków astmy w ostatnim czasie to mój wewnętrzny protest przed zmianami w życiu (nauką na studiach – przyp. aut.)”

Najintensywniej astma leczona była na drugim roku studiów. Pacjentka przyjmowała przewlekle encorton, który spowodował zaostrzenie łuszczycy.

CEL BADANIA I HIPOTEZY

Celem badania była weryfikacja hipotez diagnostycznych dotyczących funkcjonowania pacjentki. Na podstawie rozmowy wstępnej, obserwacji pacjentki i danych z wywiadu sformułowano następujące hipotezy:

H1. Zgłaszane przez pacjentkę trudności z rozpoznawaniem własnych stanów emocjonalnych mogą wynikać z braku adekwatnych reakcji emocjonalnych matki z okresu dzieciństwa pacjentki.

H2. Pacjentka ma trudność z autentycznością i zaangażowaniem w relacjach interpersonalnych na skutek rozwoju fałszywego *self* (Johnson, 1998). Fałszywe *self* rozwinęła na bazie nieudanych relacji z oziębłą matką i nieakceptującym, krzywdzącym ojcem.

H3. Objawy utrzymywania dystansu wobec ludzi obejmujące zachowania (nieufność, zachowania wrogie, wycofywanie się z relacji) i objawy somatyczne (objawy łuszczycy) pełnią funkcję ochronną przed lękiem przed odrzuceniem, który wynika z nieprawidłowo zaspokojonej potrzeby bliskości w dzieciństwie. Objawy somatyczne i wrogość pełnią funkcję oddalania od relacji.

H4. Napady astmy pozwalają pacjentce zaspokoić potrzeby bezpieczeństwa, zapewniając jej uwagę matki i innych osób z otoczenia. Pełnią one funkcje przybliżania do bliskich.

Plan postępowania diagnostycznego

W celu weryfikacji hipotez wstępnych przeprowadzono następujące czynności diagnostyczne:

1. Testowe badanie psychologiczne: *Minnesocki wielowymiarowy inwentarz osobowości 2* (MMPI-2). Narzędzie to pozwala na kliniczną ocenę osobowości i zaburzeń psychicznych. Test zastosowano z powodu podejrzenia występowania zaburzeń osobowości u pacjentki. Narzędzie wydawało się trafne i wystarczające do celu badania. Pacjentka zgłosiła potrzebę odbycia terapii.
2. Hipotezy były dodatkowo weryfikowane w przebiegu terapii.

Wyniki testu MMPI-2

Konfiguracja skal kontrolnych wskazuje na diagnostyczność uzyskanych wyników. Problemy emocjonalne, których doświadcza pacjentka, mogą być obecne, jednak nie zaburzą znacząco jej społecznego funkcjonowania. Uwagę zwraca wynik sugerujący możliwą tendencję do występowania zaburzeń w zachowaniu, przy obecności wewnętrznych konfliktów i w sytuacji silnego napięcia emocjonalnego. Zgadza się to z obserwacją badanej. Pacjentka relacjonuje kłopoty w sferze behawioralnej dotyczące zwłaszcza relacji interpersonalnych.

Konfiguracja skal podstawowych sugeruje skłonność pacjentki do przeżywania silnego dyskomfortu i niepokoju, zwłaszcza w sytuacjach nieznanych lub w takich, w których czuje się niepewnie. Badana może cechować się sztywnością adaptacyjną i podejrzliwością. Może także używać obron obsesyjno-kompulsyjnych. Niska wrażliwość na krytykę, która ujawniła się także w terapii, może być skutkiem działania silnej postawy obronnej.

Podwyższony wynik w skali depresji uwypukla pesymistyczne nastawienie pacjentki do otoczenia. Pacjentka jest nieufna, wykazując skłonność do testowania otoczenia przed zaangażowaniem emocjonalnym w relacje. Wykazuje łatwe wycofywanie się z kontaktów emocjonalnych. Może to wynikać z braku pewności i zaufania, ale także zmniejszonego zainteresowania kontaktami społecznymi. U pacjentki przejawia się to postawą introspektywną, koncentracją na sobie, egzystencjalnym myśleniem o naturze własnego życia i otaczającego świata.

Wyniki testu są spójne ze zgłaszanymi przez pacjentkę problemami.

Interpretacja danych z przebiegu terapii

Hipotezy diagnostyczne potwierdzono w okresie terapii. Pacjentka rzadko trafnie rozpoznawała emocje. Chłodno relacjonowała fakty ze swojego życia. Nie opisywała swoich stanów emocjonalnych. Jednocześnie w trudnych chwilach reagowała objawami somatycznymi. Na przykład po przerwie spowodowanej 11 listopada pacjentka przyznała, że dwukrotnie wzywała karetkę. Powodem była nasilająca się duszność. Było to zgodne z moim przypuszczeniem, że ataki astmy pozwalają pacjentce używać uwagę otoczenia. Gdy matka okazywała jej zainteresowanie, pacjentka czuła się bezpiecznie.

Na początku terapii podkreślałam wagę relacji terapeutycznej. Wskazywałam na jej aspekt leczniczy. Mówiłam pacjentce, że często będę pytać o jej samopoczucie w naszej relacji. Przyznałam, że relacje terapeutyczną traktuję jako odzwierciedlenie innych relacji z jej życia. Pacjentka zareagowała na to zaskoczeniem i niepokoje. Wiele razy próbowałam zbliżyć się do pacjentki emocjonalnie, np. okazując jej serdeczność. Najczęściej reagowała negatywnie. Podkreślała wtedy, że nie rozumie moich prób zacieśnienia więzi terapeutycznej. Uważała, że powinnam ją wysłuchać i pomóc w analizie psychologicznej jej problemów. Gdy zauważałam, że pacjentka staje się bardziej otwarta, od razu się dystansowała. Odwracała wzrok, przerywała wypowiedź. Później przyznawała, że miała trudność z kontynuacją rozmowy. Często zapomniała, co chciała powiedzieć. Takie reakcje pacjentki na moje próby nawiązania dobrej relacji terapeutycznej potwierdzały moje wstępne założenia. Postawiłam hipotezę, że pacjentka nie potrafi angażować się w relacje i przeżywa lęk przed odrzuceniem, który przeżywała w krzywdzącej relacji z rodzicami. Prawdopodobnie mechanizm obronny pacjentki polegał na odsuwaniu ludzi od siebie. To pozwalało jej zabezpieczyć się przed odrzuceniem. Z tego powodu w relacjach z innymi była mało spontaniczna i autentyczna. Gdy czuła się pewniej, więcej żartowała i była swobodniejsza. Przypuszczam, że nadmierne zbliżenie do innych wzmagało jej pierwotny lęk. Ponieważ miała trudność z identyfikacją emocji, nasilały się jej objawy somatyczne. Na przykład lęk sprzyjał zaostrzeniom łuszczycy.

Postępowanie terapeutyczne. Od początku terapii pacjentka uskarżała się na trudną relację z matką. W trakcie pierwszych spotkań przyznała, że cierpi z powodu małego zainteresowania matki jej osobą. Jak twierdziła, po śmierci starszej córki matka była bardziej zaabsorbowana sobą. W świetle teorii Winnicotta można przypuszczać, że pacjentka nie doświadczyła „wystarczająco dobrej” matki. Wydaje się, że matka nie reagowała adekwatnie na jej początkową zależność. Adekwatnej bliskości nie doświadczyła także od ojca. Przyczyniło się to do rozwoju u pacjentki fałszywego

self. Pacjentkę cechuje duże przywiązanie do matki. W relacji przeżywa bezradność spowodowaną nieprawidłowo zaspokojoną potrzebą bliskości. Prawdopodobnie matka nie dostarczyła pacjentce stałości i poczucia bezpieczeństwa. Działo się tak z powodu realnych zdarzeń w życiu. Matka była skupiona na opiece nad drugą córką. Jednocześnie jej własne predyspozycje osobowościowe przyczyniły się do zahamowania kształtowania się autonomii córki. Na przykład matka pacjentki często narzucała jej własne zdanie. Pacjentka czuła, że w ich relacji matka była najczęściej stroną dominującą. Mówiąc językiem teorii, pacjentka przystosowała się do matki. Dostrojenie się do jej potrzeb i emocji pozwoliło na utrzymanie relacji.

Teoria Winnicotta pozwala na rozumienie objawów somatycznych jako objawów deficytów emocjonalnych powstałych w relacji pacjentki z matką. W kontekście pojęcia „wystarczająco dobrej” matki można mówić o specyficznym deficycie kontaktu, który doprowadził do wystąpienia objawów somatycznych. Wydaje się, że choroba – astma – może być związana z problemem pacjentki koncentrującym się wokół zależności od matki. Być może jednym ze skutecznych sposobów utrzymania matki przy sobie były regresywne zachowania somatyzacji. Pacjentka od najwcześniejszego okresu doświadczała braku matki, która była zaangażowana w opiekę nad chorą siostrą. Pacjentka naśladowała zachowania siostry. Symptom podobny do choroby siostry pozwalał pacjentce otrzymać odpowiednią uwagę i taką troskę, jaką otrzymywała siostra. Pacjentka często podkreślała potrzebę separacji od matki. Jednocześnie nieświadomie dążyła ku niej np. poprzez ataki duszności. U pacjentki widoczny był konflikt wokół autonomii i dążeń separacyjnych przy jednoczesnej potrzebie bezpiecznego zbliżenia. Ambiwalencja matki związana z dążeniem pacjentki ku autonomii była osłabiana w sytuacji nasilenia objawów. Pacjentka uzyskiwała wtedy pożądaną opiekę i troskę, a matka nieświadomie utrzymywała córkę w stanie zależności.

W trakcie terapii regresywne objawy somatyczne pojawiały się w sytuacjach odstępstw od kontraktu terapeutycznego, np. podczas urlopów, innych nieobecności w pracy, a także przed kończeniem kontraktów terapeutycznych. Pod koniec drugiej terapii nasiliły się u pacjentki ataki astmy. Pacjentka była trzykrotnie hospitalizowana. Kilka razy wzywała karetkę. Dwukrotnie zgłaszała się do szpitalnego oddziału ratunkowego. Przez brak adekwatnych reakcji emocjonalnych matki pacjentka nie nauczyła się rozpoznawania własnych emocji. Jej fałszywe *self* sprawia, że przeżywała lęk i niepokój. Wydaje się, że jej zdrowe *self* było niedostatecznie rozwinięte. Pacjentka unikała bliskości lub wchodziła w relacje, w których musiała się dostrajać jak pierwotnie do matki. Odrzucała te relacje, nie potrafiła być autentyczna i zaangażowana. Jej związki oparte były na zaspokajaniu fałszywego *self*.

Pacjentka miała problemy depresyjne, zgłaszała dojmujące uczucie osamotnienia (choć z wielu rozmów wynikało, że ma wokół siebie ludzi, znajomych, którzy często zabiegali o jej uwagę, np. czekali godzinę, gdy się spóźniała). Pacjentka relacjonowała ogromną niepewność i brak poczucia sprawstwa w związku z trudną i krzywdzącą relacją z ojcem. Nie potrafiła zaplanować przyszłości i organizować własnego życia. Może to wskazywać na trudność w dopuszczeniu myśli i tendencji rozwojowych.

W dalszej części terapii można było zaobserwować zmianę. Widoczne było uporządkowanie i większa potencja intelektualna. Pacjentka po dwóch latach przerwy zaczęła pisać pracę i dążyła do ukończenia studiów licencjackich. Zaczęła spotykać się z ludźmi.

Słabe poczucie bezpieczeństwa (jako konsekwencja życia w przemocowym domu) sprawiało, że minimalne odstępstwo od rutyny spotkań było przez pacjentkę odbierane jako zagrażające. W terapii odwołane przeze mnie spotkanie skutkowało serią spóźnień na następne sesje terapeutyczne. Na moją propozycję odpracowania zaległej sesji w innym terminie pacjentka zareagowała oporem. Bez uprzedzenia nie zjawiła się w wyznaczonym terminie. Było to dla niej nietypowe.

Dopiero po dłuższym czasie terapii możliwe było ujawnienie przez pacjentkę uczuć przywiązania i zaufania. Zaczęła dostrzegać realność mojej osoby. Wcześniej pacjentka dokonywała różnych zabiegów, które mogłyby chronić ją przed nadmiernym zbliżeniem do mnie. Często podkreślała, że traktuje mnie jak profesjonalistę. Nie spodziewała się zaangażowania emocjonalnego z mojej strony. Dziwiła ją autentycznie wyrażana o nią troska. Interpretowałam to jako wyraz lęku przed odrzuceniem.

Dla pacjentki ważne było jej wykształcenie. Prawdopodobnie pełniło ono funkcję obiektu przejściowego. Często odnosiłam wrażenie, że pacjentka jest dumna ze tego, że jest studentką. Widoczne to było w sposobie wyrażania się i używania niecodziennych zwrotów związanych z jej dziedziną. Przypuszczam, że pacjentka uważała, że poprzez sferę intelektualną będzie potrafiła budować prawdziwe relacje, bo dla ojca ta sfera była wyjątkowo istotna.

OPIS I EFEKT PROWADZONYCH ODDZIAŁYWAŃ PSYCHOLOGICZNYCH

Pacjentka zakończyła w naszym ośrodku dwie terapie. Dane diagnostyczne i początkowy okres trwania terapii wskazywały na funkcjonowanie pacjentki na umiarkowanie wysokim poziomie rozwoju ego. Dalsza obserwacja skłoniła mnie jednak do wysunięcia przypuszczenia istnienia zaburzeń osobowości u pacjentki. Diagnoza

psychodynamiczna (McWilliams, 2009) umożliwiła zobaczenie problemu pacjentki wielopoziomowo. Stawiałam diagnozę zaburzeń osobowości z tendencjami masochistycznymi i narcystycznymi na preneurotycznym poziomie funkcjonowania. Ze względu na krótki czas terapii zdecydowałam się zajmować problemami ustalonymi ściśle kontraktem terapeutycznym. Zaburzenia osobowości ujawniały się stopniowo i wymagają dalszej, długoterminowej pracy psychoterapeutycznej.

Podsumowując przebieg terapii, stwierdzam, że prawdopodobnie ważnym doświadczeniem dla pacjentki było przyglądanie się własnym emocjom i nazywanie ich, co sama przyznała. Nowe dla pacjentki było jawne wyrażanie negatywnych emocji. Doświadczyła korekcyjnego pozytywnego przyjmowania ich przeze mnie. Rozwinęło się jej ego obserwujące. Zaczęła okazywać złość i irytację.

W trakcie terapii stała się mniej krytyczna wobec siebie i innych. Zauważyła, jak często ocenia innych przez pryzmat własnych doświadczeń. Zrozumiała, że to, co odczuwa w kontaktach z innymi, to lęk przed odrzuceniem.

Jej dotychczas trudne i wrogie interakcje z ojcem stały się bardziej spontaniczne. Przestała postrzegać go jako osobę tylko raniącą.

Wydaje mi się, że ważnym doświadczeniem było pokazanie i mówienie wprost o uczuciach dotyczących choroby. Jak wynikało z wywiadu, temat chorób nie był podejmowany w jej domu rodzinnym. Pacjentka rozumiała, jaką funkcję mogą pełnić jej napady astmy.

Pacjentka wróciła na studia w październiku roku, w którym ukończyła terapię. Chwilowo nasiliły się wtedy ataki duszności, ale później jej stan stopniowo się stabilizował. Astma wciąż jest przewlekłe leczona symbicortem dwa razy dziennie. Udało się jednak odstawić berotec i encorton.

Znacząco zmniejszyła się powierzchnia zmian tłuszczycowych, co było prawdopodobnie efektem wielu oddziaływań, w tym farmakoterapii. Psychoterapia umożliwiła pacjentce większą akceptację choroby. Być może redukcja napięcia emocjonalnego pomogła zahamować rozwój tłuszczycy. Pod koniec terapii zmiany tłuszczycowe były praktycznie niewidoczne, a pacjentka nie przyjmowała żadnych leków przeciwłuszczycowych.

PODSUMOWANIE

Wydaje się, że ważnym wydarzeniem dla pacjentki było odślonięcie drastycznych wspomnień dotyczących doświadczania przemocy od ojca, oddalenia od niezainteresowanej pacjentką matki oraz wspomnień związanych z chorobą i śmiercią siostry. Można uznać, że środowisko oraz doświadczenia, które były udziałem pacjentki, są

bardzo krzywdzące i w różnym stopniu mogły przyczynić się do rozwoju jej licznych chorób. Przede wszystkim zaburzona osobowość powstała na skutek konfiguracji wszystkich stresogennych czynników domowych, takich jak choroba i śmierć siostry, oddanie matki chorej siostrze oraz oddalenie emocjonalne i krytycyzm wobec młodszej córki, a także przemoc ze strony ojca. Problemy bulimiczne wskazywały na brak akceptacji siebie. Pacjentka nie akceptowała siebie być może z powodu braku akceptacji jej osoby przez matkę i wymagającego ojca. Jedynym sposobem na uzyskanie zainteresowania mamy były objawy choroby. Pacjentka rozwinęła objawy astmy, które dawały jej namiastkę bliskości z mamą. Można przypuszczać, że choroba skóry, która pojawiła się we wczesnym okresie jej życia, mogła być związana z przewlekłym lękiem i stresem, którego pacjentka doświadczała w domu. Jest to zgodne z założeniami teoretycznymi koncepcji Holmes i Rahe (1967), w których to stres przeżywany w związku z wydarzeniami wzbudzającymi silne emocje wpływa na rozwój chorób somatycznych. Idąc za Schier (2009), można przypuszczać, że choroby somatyczne pacjentki pełniły jeszcze dodatkową funkcję. Pozwalały jej uzyskać zainteresowanie ze strony bliskich. Ojciec i matka, skupiając swoje życie wokół choroby starszej siostry, nauczyli się metod komunikacji opartych na chorobie i reagowaniu na nią. Oczywiście przyczyna rozwoju tej choroby mogła być inna i mieć charakter czyśto fizjologiczny, ale nie ulega wątpliwości, że nasilenie jej objawów było związane z przeżywaniem negatywnych doświadczeń życiowych, a tych pacjentka doświadczała w domu chociażby od przemocowego ojca (Janowski, 2007).

E-mail autorki: alaskowska@psych.uw.edu.pl.

PODZIĘKOWANIA

Bardzo dziękuję Pacjentce za zgodę na zaprezentowanie jej przypadku w publikacji.

BIBLIOGRAFIA

- Cohen, S. (2005). The Pittsburgh common cold studies: Psychological predictors of susceptibility to respiratory infectious illness. *International Journal of Behavioral Medicine*, 66, 1-7.
- Heszen, I., Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Holmes, T., H., Rahe, R., H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 14, 121-132.

- Janowski, K. (2007). Problematyka jakości życia w chorobach dermatologicznych. W: S. Steuden, W. Okła (red.), *Jakość życia w chorobie* (s. 49–62). Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Johnson S. M. (1998). *Style charakteru*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Niegel, S., G., Ayers, S., Martini, J., von Soest, T. (2017). The impact of postpartum post-traumatic stress disorder symptoms on child development: a population-based, 2 year follow-up study. *Psychosomatic medicine*, 47(1), 161–170.
- Niżankowska, E., Bestyńska-Krypel, A., Bochenek, G., Szczeklik, A. (1997). Astma alergiczna – zapobieganie i leczenie. *Alergia, astma, immunologia*, 2(3).
- McWilliams, N. (2009). *Diagnoza psychoanalityczna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Namysłowska, I. (2003). System rodzinny a zaburzenia psychosomatyczne. W: L. Szewczyk, M. Skowrońska (red.), *Zaburzenia psychosomatyczne u dzieci i młodzieży* (s. 35–48). Warszawa: Wydawnictwo EMU.
- Langer, A., Ambroziak, M., Stąpór, W. (2003). Łuszczycyca – etiopatogeneza i leczenie. *Przewodnik lekarza*, 3.
- Piekarska, A. (2003). Przemoc, kary cielesne i krzywdzenie dzieci. *Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 2(2), 1–11.
- Pietrzak, A., Janowski, K., Lechowska-Mazur, I., Krasowska, D. (2006). Łuszczycyca jako przewlekła choroba skóry w kontekście psychologicznym. *Nowa Medycyna*, 1.
- Rode, D. (2010). *Psychologiczne uwarunkowania przemocy w rodzinie: charakterystyka sprawców*. Katowice : Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Romańska-Gocka, K. (2009). Farmakoterapia łuszczycy. *Farmakologia Polska*, 65(9), 647–654.
- Sajkowska, M., Szymańczyk, J. (2009). Dzieci - ofiary przemocy. Skala i charakter zjawiska. Potrzeba interwencji. *Polityka Społeczna*, 9(1), 29–34.
- Schier, K. (2009). *Piękne brzydactwo. Psychologiczna problematyka obrazu ciała i jego zaburzeń*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Sheridan, C. L., Radmacher, S. A. (1998). *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia, Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Stemplewska-Żakowicz, K., Krejtz, K. (2005). *Wywiad psychologiczny. Wywiad jako postępowanie badawcze*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Steuden, S., Okła, W. (2007) *Jakość życia w chorobie*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- 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. 7–15). Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.

Szewczyk, L. (2003). *Zaburzenia psychosomatyczne u dzieci i młodzieży. Teoria i praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo EMU.

Waksmańska, W., Łukasik, R., Grzywna, T. (2008). Ocena występowania zjawiska krzywdzenia dzieci w kontekście etyki. *Problemy Pielęgniarstwa*, 16(3), 241–247.

Winnicott, D. (1975). *Through paediatrics to psycho-analysis: Collected papers*. Philadelphia, PA: Brunner/Mazel.

EXPERIENCE OF VIOLENCE IN CHILDHOOD AND THE DEVELOPMENT OF SOMATIC DISEASES. CASE STUDY OF A PATIENT SUFFERING FROM PSORIASIS AND ASPIRIN-INDUCED ASTHMA

Child abuse can take many forms and lead to consequences of close and delayed. In the short term, it causes stress in the child and also increases anxiety and depression. Time-delayed consequence may be impaired ties, personality, as well as the development of somatic diseases. Especially some somatic diseases are associated with experienced stress. Others create a special kind of agreement between the child and the harmful parents. They are believed to have a role of closeness in the family, eg the need to care for a sick child, while at the time of health, the emotional distance does not allow creating satisfying emotional relationships in the family.

This paper presents a case study of a female patient suffering from psoriasis and aspirin-induced asthma, who from early childhood experienced her mother's rejection and various forms of psychological and physical violence from her father. As a consequence, the patient was observed to have bond, emotional and personality disorders. Also, the relationship between symptoms of somatic diseases and family relationships and emotional experiences of the patient was observed.

Diagnostic hypotheses, the course of the study (psychological diagnosis and MMPI-2 test) and psychodynamic psychotherapy are described. In addition, conclusions from the diagnostic and psychotherapeutic process are presented in the summary. A connection was observed between the symptoms of somatic diseases and the experiences of a patient from a family home.

KEYWORDS:

HARMING, VIOLENCE, CHILD, PSORIASIS, ASPIRIN-INDUCED ASTHMA

Cytowanie:

Laskowska, A. (2018). Doświadczenie przemocy w dzieciństwie a rozwój chorób somatycznych. Studium przypadku pacjentki chorej na łuszczycę i astmę aspirynową. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 17(2), 186–204.



Artykuł jest dostępny na licencji *Creative Commons Uznanie autorstwa-Użycie niekomercyjne-Bez utworów zależnych 3.0 Polska*.