

Dorota Prysak

Potencjał zastosowania psychodramy we wczesnej interwencji – studium przypadku

The potential of psychodrama in early intervention – a case study

Wydział Etnologii i Nauk o Edukacji w Cieszyń, Uniwersytet Śląski w Katowicach, Cieszyń, Polska

Adres do korespondencji: Dorota Prysak, Uniwersytet Śląski w Katowicach, Wydział Etnologii i Nauk o Edukacji w Cieszyń, ul. Bielska 62, 43-400 Cieszyń, e-mail: prysakd@op.pl

Streszczenie

Wczesna interwencja coraz częściej jest przedmiotem interdyscyplinarnych rozważań dotyczących opieki nad dzieckiem już od pierwszych chwil jego życia. Im wcześniej zostaną podjęte działania przeciwko zagrożeniu niepełnosprawnością, tym większe jest prawdopodobieństwo pełnej skuteczności udzielanej pomocy. Jednym z głównych założeń wczesnej interwencji jest możliwie najszybsze wykrycie zagrożeń rozwojowych. W opracowaniu zwrócono uwagę na okoliczności utrudniające prawidłowy rozwój dziecka i przedstawiono je na podstawie studium przypadku. Choć istnieje wiele metod pomocnych w codziennej praktyce pedagoga specjalnego, wykorzystanie metody psychodramy daje możliwość uchwycenia momentu, gdy należałoby podjąć działania profilaktyczne. Wiedza pedagoga specjalnego w połączeniu z psychodramą pozwala na spojrzenie w przyszłość danego dziecka i zaplanowanie takich działań, które będą najlepsze dla jego rozwoju. Tylko bardzo wczesne wsparcie dziecka zagrożonego niepełnosprawnością i jego rodziny, ze szczególnym uwzględnieniem rodziców, umożliwia prawidłowy rozwój dziecka we wszystkich sferach.

Słowa kluczowe: wczesna interwencja, psychodrama, wsparcie, pedagog specjalny, rodzina

Abstract

Early intervention becomes an increasingly common subject of interdisciplinary considerations related to child care from the first moments of life. The earlier action is taken against the risk of child's disability, the greater the possibility of success in defeating it. One of the main goals of early intervention is to detect the earliest threats to child's development. The present study draws attention to the circumstances hindering proper development based on a case study. There are many methods that prove to be useful in the daily practice of a special educator. However, psychodrama provides the opportunity to capture the moment when preventive measures should be introduced. The expertise of a special educator combined with psychodrama enables an insight into the child's future and allows to plan actions that will best support the child's development. Only very early support of a child at risk of disability and their family, with a particular focus on the parents, will enable normal development of the child in all spheres.

Key words: early intervention, psychodrama, support, special educator, family

WSTĘP

Dziecko jest największym darem dla swoich rodziców i dla społeczeństwa. Niestety, coraz więcej dzieci doświadcza rozmaitych trudności w rozwoju, ujawniających się już w pierwszych chwilach życia. Osobami, które na tym wczesnym etapie przekazują rodzicom informacje o dziecku, są lekarze, położne i pielęgniarki.

Celem niniejszego artykułu jest zwrócenie uwagi na sytuację małego dziecka i jego rodziny, ze szczególnym uwzględnieniem kształtowania się relacji między nimi. Metoda psychodramy pomaga w budowaniu dialogu interdyscyplinarnego

między rodzicami a różnymi specjalistami oraz daje podstawy do zrozumienia mechanizmów funkcjonowania całej rodziny. Wykorzystanie metody psychodramy może być pomocne w projektowaniu działań profilaktycznych związanych z występowaniem zaburzeń w systemie rodzinnym i w rozwoju dziecka.

CEL PRACY

Dziecko w pierwszych latach życia poza opieką samej rodziny może skorzystać z pomocy oferowanej przez kilka resortów: zdrowia, edukacji i pomocy społecznej. Z założenia

działania proponowane przez wymienione ministerstwa wzajemnie się uzupełniają; mogą być zbieżne, ale i swoiste dla każdego resortu. Dobrym przykładem są tu zadania realizowane w ramach wczesnej interwencji i wczesnego wspomagania rozwoju. Działania wspólne to interdyscyplinarny proces oddziaływań psychologicznych, pedagogicznych i logopedycznych. Działaniami swoistymi są z kolei fizjoterapia i oddziaływania lecznicze charakterystyczne dla wczesnej interwencji. Oba wspomniane procesy są ukierunkowane na dziecko i jego rodzinę (Dz.U. z 2015 r. poz. 2156, Dz.U. z 2013 r. poz. 1257 – Ustawa z 7 września 1991 r. o systemie oświaty; Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 11 października 2013 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dzieci).

Niezależnie jednak od miejsca instytucjonalnej realizacji wczesnej interwencji należy pamiętać, że jest ona zbiorem usług/świadczeń skierowanych do bardzo małych dzieci oraz ich rodzin, dostępnych na życzenie w określonym momencie życia dziecka i obejmujących każde działanie podejmowane w sytuacji, gdy potrzebuje ono specjalnego wsparcia. Celami wczesnej interwencji są zapewnienie i wspomoczenie rozwoju dziecka, wzmocnienie umiejętności i możliwości rodziny oraz wsparcie integracji społecznej dziecka i jego bliskich (Early Childhood Intervention – Analysis of Situations in Europe. Key Aspects and Recommendations. Summary Report, 2005). Celem niniejszej pracy jest przedstawienie i omówienie przypadku pacjentki w ostatnich tygodniach ciąży i w pierwszych tygodniach po rozwiązaniu oraz jej sytuacji rodzinnej, a także wskazanie obszarów, w których pomocna mogłaby okazać się metoda psychodramy.

STUDIUM PRZYPADKU

Niniejsze studium przypadku dotyczy 30-letniej kobiety w 37. tygodniu ciąży, matki 3,5-letniego dziecka. Mąż pacjentki ma 33 lata i pracuje jako kierowca rozwożący zaopatrzenie w godzinach nocnych.

Ciąża przebiegała prawidłowo, bez większych zakłóceń. Relacje między małżonkami były dobre. Sytuacja rodziny skomplikowała się wskutek zdarzenia losowego: mąż uległ wypadkowi drogowemu podczas pracy. Tuż po północy żona straciła z nim kontakt, a w godzinach porannych dowiedziała się, że jest on w szpitalu. Wypadek zdarzył się poza granicami Polski (ponad 400 km od granicy). Stres kobiety wynikający z braku informacji o stanie zdrowia męża spowodował zagrożenie przedwczesnym porodem. Kilkugodzinna bezsilność i niewiedza wywołały bardzo duże napięcie, niepokój, lęk.

U mężczyzny w trakcie wypadku doszło do zerwania wszystkich więzadeł w kolanie oraz do rozcięcia języka i głowy.

Przed wypadkiem rodzina przygotowywała się na przyjście na świat kolejnego dziecka. Po niedawnym zakupie mieszkania rozpoczęto jego remont. Istotny dla niniejszych rozważań jest również fakt, że rodzice małżonków mieszkają 400 km od nich. W związku z opisaną wyżej sytuacją kobieta znajdowała się w stanie permanentnego stresu. Lekarz prowadzący ciążę przez cały czas monitorował płód. Krewni starali się wspierać

całą rodzinę – fizycznie, psychicznie i materialnie – tak aby poród nie nastąpił przedwcześnie.

Po wypadku męża u ciężarnej zaczęły występować niepokojące symptomy: częściowe i chwilowe niedowłady kończyn, trudności z koncentracją, osłabienie, zdenerwowanie. Podejrzewano ucisk płodu na kręgosłup matki. Kobieta była objęta opieką położniczą i ginekologiczną. Ciąża została donoszona mimo pojawiających się oznak wcześniejszego porodu. W międzyczasie mąż został przewieziony do domu – z całkowicie usztywnioną nogą. Kobieta miała więc pod opieką zarówno 3,5-letnie dziecko, jak i w pełni zależnego od niej partnera, ponadto musiała zadbać o sprawy związane z remontem. Pomimo wsparcia najbliższej rodziny stres ciężarnej był wyraźnie widoczny.

Niepokojące objawy nasiliły się na 3–4 dni przed wyznaczonym terminem porodu. Pojawiły się bełkotliwa mowa i niedowład lewej strony ciała, odnotowano większe trudności z koncentracją. Przyszła matka została umieszczona na oddziale patologii ciąży, gdzie przeprowadzono pełną diagnostykę. Stan kobiety i nienarodzonego dziecka z minuty na minutę ulegał pogorszeniu. Pierwsze podejrzenie dotyczyło mikro-wylewu u matki. Po bardzo szczegółowych, wnikliwych badaniach rozpoznano stwardnienie rozsiane.

Dla dalszych rozważań ważny jest sposób przekazania diagnozy. Lekarz prowadzący podał jedynie pobieżne informacje, nie wyjaśniając przebiegu choroby ani jej konsekwencji dla dalszego funkcjonowania pacjentki. Ciężarna kobieta nie otrzymała wsparcia. Od momentu postawienia diagnozy jej stan fizyczny istotnie się pogorszył. Nie potrafiła nic powiedzieć, a niedowład stawał się bardziej widoczny. U nienarodzonego dziecka zaczął zanikać puls. Kobieta nie dostawała informacji ani o swoim stanie zdrowia, ani o tym, co dzieje się z dzieckiem. Personel medyczny wciąż wykonywał badania, jednak o niczym nie informował. Stan psychiczny kobiety był chwiejny, cechował się dużą zmiennością nastroju: od euforii do apatii, wycofania i płaczu. Nasilało się osłabienie.

Ze szczątkowych informacji od lekarzy wynikało, że nie są zgodni co do optymalnej formy porodu; rozważali, czy kobieta powinna urodzić w sposób naturalny, czy poprzez cesarskie cięcie. Należy podkreślić, że od momentu przekazania diagnozy nikt z nią na ten temat nie rozmawiał. Poród został zaplanowany na kolejny dzień, jednak puls dziecka stawał się coraz mniej wyczuwalny. W godzinach wieczornych lekarz prowadzący podjął decyzję o rozwiązaniu poprzez cesarskie cięcie. Wsparciem dla pacjentki był towarzyszący jej mąż (z nogą nadal usztywnioną śrubami); to on zapewniał kobiecie poczucie bezpieczeństwa i ukojenie.

Poród odbył się przed północą. Urodziła się zdrowa dziewczynka, która otrzymała 8 punktów w skali Apgar. Mąż towarzyszył pacjentce od godziny 17.00 aż do porodu, a w jego trakcie czekał na korytarzu. Trzeba podkreślić, że stan psychofizyczny mężczyzny nie był dobry. Trudności z pokonywaniem większych dystansów i niewygodna pozycja uniemożliwiły ojcu spotkanie z dzieckiem w pierwszych minutach jego życia. Personel wykonał zdjęcie, by mężczyzna mógł zobaczyć swoją córkę.

W drugim i trzecim dniu po porodzie kobiecie powoli wracały siły. Interwencja najbliższej rodziny sprawiła, że do pacjentki, ze względu na jej trudną sytuację życiową, przyszła psycholog. Była to jednorazowa wizyta; ograniczona dostępność psychologa – od poniedziałku do piątku – uniemożliwiła dalsze spotkania, gdyż poród odbył się w nocy z czwartku na piątek, a w poniedziałek nastąpił wypis. Nikt nie udzielił kobiecie wsparcia informacyjnego, nie wytłumaczył, gdzie mogłaby uzyskać pomoc psychologiczną.

W trakcie pobytu w szpitalu pacjentce podawano leki sterydowe – według lekarzy bezpieczne podczas karmienia. Kobieta otrzymała skierowanie na konsultację w poradni neurologicznej w celu dalszej diagnostyki w kierunku stwardnienia rozsianego. Zastrzeżenie może budzić fakt, że została wypisana bez zabezpieczenia farmakologicznego.

Gdy matka wraz z dzieckiem opuściła szpital, cała rodzina znalazła się w trudnej sytuacji. Nikt z personelu nie zapytał, czy jest ktoś, kto udzieli rodzinie wsparcia, tymczasem każdy jej członek wymagał szczególnej opieki: kobieta, która urodziła poprzez cesarskie cięcie i u której stwierdzono stwardnienie rozsiane, z utrzymującymi się objawami; jej mąż, całkowicie zależny od innych ze względu na usztywnioną nogę z widocznymi ranami, krótko po operacji, przyjmujący silne leki przeciwbólowe; starsze dziecko, czyli 3,5-letni chłopiec; wreszcie – nowo narodzone dziecko.

Pierwsze trudności pojawiły się przy próbie zapisu do poradni neurologicznej: oczekiwanie na wizytę miało trwać ponad pół roku. Informacje na temat stanu zdrowia kobiety przekazywane przez lekarzy były niejasne, niejednoznaczne. Lekarze na oddziale położniczym po konsultacji z neurologiem twierdzili, że stwardnienie rozsiane to jedynie podejrzenie, które należy zweryfikować w toku dalszej diagnostyki. Po porodzie nikt nie chciał podjąć się przekazania kobiecie informacji o jej stanie. Neurolog w poradni uznał zaś, że postawiona diagnoza odpowiada stanowi faktycznemu i nie są potrzebne dalsze wyjaśnienia.

Również stan zdrowia męża pacjentki wymagał konsultacji lekarskich. Rokowania co do powrotu do sprawności sprzed wypadku były niejasne. Pojawiły się trudności związane z opieką nad dziećmi oraz wizytami u lekarzy i innymi formalnościami. Dla większości ludzi są to proste, oczywiste zadania, jednak w przypadku opisywanej rodziny w pewnych momentach przekraczały jej siły i możliwości.

Podczas pierwszej wizyty u neurologa po opuszczeniu oddziału położniczego kobieta z noworodkiem na rękach zadała lekarzowi pytanie: „Pani doktor, proszę powiedzieć, co to tak naprawdę jest stwardnienie rozsiane i co ono dla mnie oznacza? Do tej pory nikt ze mną nie porozmawiał i niczego nie wytłumaczył... Informacje mam tylko z internetu i od mojej siostry, u której niecały rok temu zdiagnozowano stwardnienie rozsiane”. Odpowiedź była następująca: „Porozmawiamy, kiedy zgłosisi się pani na leczenie, a teraz mam dużo pacjentów”.

Opieka medyczna dotycząca fizycznych aspektów funkcjonowania matki i dziecka przed porodem i w jego trakcie przebiegała prawidłowo, usługi świadczone były na wysokim poziomie. Niestety zabrakło osoby, która zaopiekowałaby się

rodziną w aspekcie psychologicznym (zwłaszcza emocjonalnym) – w szpitalu, a przede wszystkim po jego opuszczeniu. Omawiana sytuacja, szczególnie zaś towarzyszące jej lęki i poczucie zagrożenia, może warunkować przyszłe funkcjonowanie dziecka (Rank, 2011, s. 21–34). Dlatego najpierw należałoby pomóc rodzicom: ojcu – w rehabilitacji kolana, matce – w zaakceptowaniu choroby i rozpoczęciu leczenia.

PSYCHODRAMA JAKO PROPOZYCJA DZIAŁAŃ

Twórca psychodramy Jacob Levy Moreno, wprowadzając tę metodę do terapii, pokazał, jak można przenosić wewnętrzne konflikty, obawy i problemy na scenę oraz jak za pomocą symbolu i metafory – poprzez spotkanie z postaciami i uczuciami z własnej przeszłości – można przewidzieć lub zaplanować przyszłość.

Psychodrama pomaga cofnąć się w czasie i przypomnieć sobie („odpamiętać”) również okoliczności przyjścia dziecka na świat. W pracy terapeuty bardzo pomocne okazują się niekiedy szczegóły, dotyczące np. emocji towarzyszących danej osobie, ważnych wydarzeń rodzinnych, przebiegu porodu czy pierwszych chorób dziecka. W przypadku trudnych emocji związanych z porodem powrót do tego momentu może być dla matki oczyszczeniem, pewnego rodzaju katharsis. Co ważne, owo katharsis może odnosić się nie tylko do matki, lecz także do ojca i do samego dziecka. Wykorzystując metodę psychodramy, można zdobyć informacje, które w tradycyjnym procesie diagnostycznym byłyby niemożliwe do uzyskania – a im większa wiedza o dziecku i jego rodzinie, tym większe prawdopodobieństwo przygotowania jak najlepszego planu wsparcia. Charakterystyczne dla psychodramy uwzględnienie trzech czasów (przeszłego, teraźniejszego i przyszłego) pomaga w diagnozowaniu dziecka. Określając jego stan obecny, należy poszukiwać przyczyny, źródła występowania danej niepełnosprawności lub zaburzenia. Szuka się więc czegoś, co miało miejsce w przeszłości, a dzięki temu można zaproponować działania na przyszłość.

Jak już wspomniano, wczesna interwencja to działania skierowane do dziecka i jego rodziny. Te obejmujące matkę mogą ułatwić diagnostykę jej stanów emocjonalnych w trakcie porodu i w okresie okołoporodowym. Ujawnienie wszystkich negatywnych emocji pozwala na ich uporządkowanie (Clark i Fairburn, 2006), a w prezentowanym przypadku umożliwiłoby również zaakceptowanie własnej choroby przez pacjentkę. To pierwszy krok do nawiązania prawidłowych, ukierunkowanych i transakcyjnych relacji emocjonalnych między matką a dzieckiem (Rank, 2011). Jak pokazują badania, działania tego typu mogą też przeciwdziałać depresji, stanom lękowym i zaburzeniom somatycznym u dziecka (Gorter *et al.*, 2010; Sieh *et al.*, 2010).

W pracy pedagogicznej często pomocna okazuje się poszerzona rzeczywistość, dzięki której można zaplanować pewne działania w zakresie wychowania dzieci i młodzieży oraz opieki nad nimi. Poszerzona rzeczywistość jest swoistym rodzajem działań profilaktycznych. Należy pracować z dzieckiem

i jego rodziną w taki sposób, aby zapobiegać niepożądanym zachowaniom. Na scenie uczestnicy terapii mogą zobaczyć m.in. własne obawy. Do podstawowych technik należy zamiana ról, wielkie odkrycie twórcy psychodramy (Gliszczyński, 2009). Badania wskazują, że wprowadzenie psychodramy warunkuje lepsze funkcjonowanie społeczne (Hickling, 1989). Omawiane podejście pozwala na wizualizację samego siebie w przyszłości – w analizowanym przypadku kobieta mogłaby więc zobaczyć o kilka lat starszą siebie w roli matki, wyobrazić sobie funkcjonowanie z chorobą, wykonywanie codziennych czynności. Uzyskane w ten sposób informacje umożliwiłyby terapeutom wczesnej interwencji zajmującym się tą matką zaplanowanie procesu wsparcia informacyjnego i emocjonalnego.

W psychodramie ważne są również inne aspekty, takie jak idea kreatywności i spontaniczności, teoria ról oraz scena. Scena jest miejscem wybranym przez przyszłego protagonistę, którym będzie dziecko lub rodzic; ma pomóc w odtworzeniu tego, co działo się w przeszłości. To przestrzeń zgodna z wewnętrznym światem protagonisty – z tym, co on czuje, czego doświadcza. Przygotowanie sceny jest elementem, który rozgrzewa do pracy zarówno protagonistę, jak i lidera, czyli terapeutę (w opisywanym przypadku: terapeutę wczesnego wspomagania).

Psychodrama pozwoliłaby specjalistom z zakresu wczesnej interwencji zobaczyć to, co niewidoczne w pierwszym kontakcie i w trakcie tradycyjnej diagnozy psychologicznej. W przedstawionym przypadku ważne byłyby następujące kwestie: podkreślenie, szczególnie podczas pracy z matką, potrzeby systematycznego korzystania z pomocy psychoterapeutycznej; uświadomienie opiekunom, że ich stan ma duży wpływ na rozwój dziecka; zwrócenie uwagi nie tylko na rozwój poznawczy i fizyczny dziecka, lecz także na sferę emocjonalną; pozwolenie na uwolnienie różnych emocji i znalezienie bezpiecznej przestrzeni, która to umożliwi.

PODSUMOWANIE

Całościowe spojrzenie na dziecko w kontekście historii jego rodziny i okoliczności przyjścia na świat daje możliwość przeciwdziałania zagrożeniu niepełnosprawnością lub wystąpieniu innych objawów zakłócających prawidłowy rozwój. W opisaną wyżej sytuacji matka i pozostali członkowie rodziny nie otrzymali wsparcia. Konsekwencje takiego stanu rzeczy mogą dotyczyć zarówno matki, jak i dziecka. W przypadku dziecka potencjalne następstwa to nieharmonijny rozwój (problemy ze zbudowaniem kręgu ufności), trudności w relacjach z matką i zaburzone więzi, a w przypadku matki – trauma, zaburzenie relacji małżeńskich (w wyniku którego może nastąpić rozpad rodziny) czy lęk przed kolejną ciążą (Jakel). Warto zastanowić się nad wypracowaniem jednolitego, zrównoważonego i zintegrowanego systemu łączącego aspekty medyczne, pedagogiczne, organizacyjne oraz finansowe. Niniejsza praca i zaprezentowany w niej przykład zwracają uwagę na możliwość i znaczenie wykorzystania psychodramy we wczesnej interwencji. Metoda ta pozwoliłaby rodzicom w dość krótkim czasie odnaleźć się w nowej sytuacji. Pomogłaby matce

uświadomić sobie chorobę, zaakceptować ją i cieszyć się macierzyństwem. Psychodrama ułatwia bowiem tworzenie klimatu bezpieczeństwa, rozwija kreatywność i spontaniczność, pozwala na odkrywanie mocnych stron i ograniczeń oraz dzielenie się doświadczeniem, uwalnia blokady, umożliwia katarsis, wytrąca ze stereotypów i schematycznego postępowania, a także inspiruje pedagoga specjalnego do rozwoju osobistego potencjału. Założeniem wczesnego wsparcia dziecka jest taka relacja w triadzie, którą cechują zaufanie, zachowanie tajemnicy, poczucie bezpieczeństwa, współpraca, czasami edukacja, uwzględnianie uczestnictwa w podejmowaniu decyzji, jak również empatia i zrozumienie. Wysoki stopień dojrzałości relacji między rodzicem a specjalistą pozytywnie przekłada się na relację rodzica i dziecka (Powell *et al.*, 2015).

Psychodrama okazuje się bardzo pomocna i warto z tej metody skorzystać, szczególnie w poszerzonej rzeczywistości, dzięki której można zobaczyć efekty terażniejszych decyzji. Jest to dobry punkt wyjścia do interdyscyplinarnego dialogu z innymi specjalistami opiekującymi się dziećmi w pierwszych latach ich życia. Psychodrama daje możliwość szerszego spojrzenia na sytuację rodziny w dłuższej perspektywie czasowej, mogłaby zatem uzupełnić repertuar działań specjalistów zajmujących się wczesną interwencją.

Konflikt interesów

Autorka nie zgłasza żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

Piśmiennictwo

- Clark DM, Fairburn CG (eds.): Terapia poznawczo-behavioralna. Badania naukowe i praktyka kliniczna. Alliance Press, Gdynia 2006.
- Early Childhood Intervention – Analysis of Situations in Europe. Key Aspects and Recommendations. Summary Report. European Agency for Development in Special Needs Education, Brussels 2005.
- Gliszczyński J: Rzeczywistość poszerzona. In: Bielańska A (ed.): Psychodrama. Elementy teorii i praktyki. ENETEIA, Warszawa 2009: 52.
- Gorter JW, Visser-Meily A, Ketelaar M: The relevance of family-centred medicine and the implications for doctor education. *Med Educ* 2010; 44: 332–334.
- Hickling FW: Sociodrama in the rehabilitation of chronic mentally ill patients. *Hosp Community Psychiatry* 1989; 40: 402–406.
- Jakel B: PPP – Psychoterapia Węzi Prenatalnej i Perynatalnej. Available from: <http://www.barbarajakel.at/ppp-program-seminariow.html> [cited: 30 July 2016].
- Powell B, Cooper G, Hoffman K *et al.*: Krąg ufności. Interwencja wzmacniająca przywiązanie we wczesnych relacjach rodzic–dziecko. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2015.
- Rank O: Trauma narodzin i jej znaczenie dla psychoanalizy. Wydawnictwo KR, Warszawa 2011.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 11 października 2013 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dzieci (Dz.U. 2013, poz. 1257).
- Sieh DS, Meijer AM, Oort FJ *et al.*: Problem behavior in children of chronically ill parents: a meta-analysis. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2010; 13: 384–397.
- Ustawa z 7 września 1991 r. o systemie oświaty (tekst jedn.: Dz.U. 2015 poz. 2156).