

Anna Ossowska
Fundacja „Dzieci Niczyje”

Choroba przewlekła jako czynnik ryzyka krzywdzenia emocjonalnego dziecka

Celem niniejszego artykułu jest ukazanie sytuacji choroby przewlekłej dziecka w szerokim kontekście rodzinnym. Przyjęto założenie, że choroba jest doświadczeniem całej rodziny oraz przedstawiono wybrane koncepcje choroby w odniesieniu do funkcjonowania zarówno dzieci, jak i rodziców. Omówiono zagrożenia wystąpienia krzywdzenia emocjonalnego dzieci chorych przewlekłe, krzywdzące zachowania i reakcje rodziców oraz osób sprawujących opiekę na dziećmi chorymi w rodzinie i placówkach służby zdrowia.

Koncepcje choroby

We współczesnej nauce istnieje wiele różnorodnych definicji zdrowia i choroby. Jedne z nich mają charakter ściśle biologiczny, medyczny (Bożkowska red. 1987). Inne kładą nacisk na subiektywne odczucia człowieka (Bishop 2000). Coraz częstsze zainteresowanie problematyką zdrowia i choroby wśród specjalistów z różnych dziedzin sprawia, że niemożliwe staje się ujmowanie choroby lub zdrowia jedynie w kategoriach biologicznych, a definicje medyczne nie wyczerpują zakresu tych pojęć. Definicja zdrowia World Health Organization (WHO)* wskazuje, że choroba jest nie tylko stanem zachwianej równowagi organizmu, lecz rozgrywa się na płaszczyznach psychicznego, społecznego i duchowego funkcjonowania.

Choroba przewlekła wywołuje u dziecka nie tylko zaburzenia czynności organizmu, ale także narusza psychiczną sferę jego życia oraz zmienia sytuację społecz-

ną. Choroba jest doświadczeniem całej rodziny. Stanowi poważne zagrożenie dla jej prawidłowego funkcjonowania. Wpływa na strukturę rodziny, panując w niej układy i wewnętrzną atmosferę. Wynika to z koncepcji choroby utożsamianej ze stresem. Stres powoduje istotne zmiany w psychicznym funkcjonowaniu człowieka. Zmiany te często mają charakter dezadaptacyjny, bo obniżają zdolności jednostki do samoregulacji i przystosowania (Reykowski 1971, s. 74). Stres wywołany przez chorobę dotyczy zarówno chorego dziecka, jak i jego rodziców. Może wywoływać nieprawidłowe zachowania i negatywne emocje.

Choroba przewlekła oddziałuje również na sferę potrzeb dziecka, może być źródłem ich deprywacji, co z kolei prowadzi do frustracji. Frustrację może powodować proces leczenia, niewłaściwe postępowanie rodziców i nauczycieli

* Według WHO zdrowie to stan pełnego psychicznego i społecznego dobrego samopoczucia, a nie tylko brak choroby. Definicję zdrowia WHO podaje za (de Walden-Gałuszko, Majkovicz 1994).

wobec chorego, odrzucenie przez rówieśników (Sękowska 1976, s. 43). Chore dziecko przebywające w szpitalu narażo-

ne jest na rozłąkę z rodziną, a to unie-
możliwia zaspokajanie potrzeby miłości
i bezpieczeństwa.

Choroba jako doświadczenie zagrażające prawidłowemu funkcjonowaniu rodziny

O chorobie przewlekłej można mówić z perspektywy doświadczenia rodzinnego. Doświadczenie choroby może być silnie traumatyzujące. Reakcje dziecka na pojawienie się choroby zależą między innymi od jego wieku, poziomu dojrzałości emocjonalnej, sytuacji rodzinnej (w tym od zachowań rodziców). Każdy z członków rodziny inaczej reaguje na wiadomość o chorobie dziecka. Zależy to od właściwości psychicznych danej osoby, od więzi emocjonalnych, w jakich pozostaje ona z dzieckiem oraz od roli, jaką pełni w rodzinie. Reakcje członków rodziny są skomplikowane i zindywidualizowane; mogą prowadzić do poważnego kryzysu w rodzinie, do jej rozbitcia lub do wzmocnienia więzi rodzinnych (Maciarz 1998, s. 35).

Reakcje dziecka i rodziców w obliczu choroby tworzą pewien proces, który przechodzi określone fazy: wstrząsu psychicznego, fazę rozpacz, fazę pozornego przystosowania i fazę konstruktywnego przystosowania (Maciarz 2001, s. 32).

Emocjonalny szok (wstrząs psychiczny) – przejawia się zaburzeniami równowagi i aktywności psychicznej w postaci odrętwienia, osłupienia i dezorganizacji psychicznej. Może dojść do zachwiania lub załamania systemu obronnego organizmu. Na tym etapie rodzice nie są w stanie pogodzić się z diagnozą, przekazaną im przez specjalistę często w sposób niezrozumiały. Niekiedy wiadomość o chorobie dziecka traktują jak wyrok na nie, nie widząc żadnej możliwości wyzdrowienia. Rodzice czasami mają poczucie, że cały ich świat „zawalił się”. Ich aktywność wynikająca z pełnionych ról zawodowych i rodzinnych ulega zaburzeniu.

W tej fazie rodzice nie potrafią podjąć racjonalnych działań i szukać rozwiązań.

Faza rozpacz – ten etap często wywołuje kryzys emocjonalny. Rodzice rozpamiętują swoje nieszczęście, równocześnie dręczą ich poczucie krzywdy. Próbuje znaleźć przyczynę tej sytuacji, obwiniając się w sposób irracjonalny. Nadal czują się bezradni wobec tego, co spotkało ich rodzinę i zagubieni w całej sytuacji. Na tym etapie lekarze wymagają od rodziców mobilizacji sił oraz aprobaty dla podejmowanych przez nich działań. Od reakcji rodziców i ich zgody zależy szybkość realizacji decyzji dotyczących postępowania z dzieckiem.

Faza pozornego przystosowania – rodzice stopniowo oswiają się z myślą o chorobie dziecka, zdobywają wiedzę na jej temat. Dzięki temu łatwiej im zrozumieć, co dzieje się z ich dzieckiem. Uświadamiają sobie konieczność podjęcia działań w celu zapewnienia mu jak najlepszej opieki leczniczej. Przystosowują się do sytuacji, w jakiej się znaleźli. Początkowe objawy, tj. rozpacz, dezorganizacja psychiczna, przeżywanie nieszczęścia, zanikają. Przystosowanie rodziców do sytuacji może mieć jednak charakter pozorny. W tej fazie podejmowane przez nich działania często nie są racjonalne, a wynikają z przekonania o znalezieniu własnego rozwiązania tej trudnej sytuacji. W związku z tym rodzice mogą zrezygnować z zaleceń lekarza specjalisty na rzecz terapii niekonwencjonalnej. W obawie przed ubocznymi skutkami dla zdrowia dziecka powodowanymi przez przyjmowane lekarstwa, rodzice mogą zmieniać sposób ich dozowania.

Faza konstruktywnego przystosowania – większość rodziców na tym etapie odżykuje równowagę emocjonalną i przyjmuje racjonalną postawę wobec choroby dziecka. Nadal jednak mogą pojawiać się nawroty rozpacz i depresji, często zwią-

wia ich uwagi i zainteresowania ze strony rodziców, którzy czasami nadmiernie koncentrują się na chorym dziecku (Pilecka 2002, s. 44). Nadopiekuńczość wobec dziecka chorego może wiązać się z nadmiernymi wymaganiami stawiany-

Rodzicielskie postawy odrzucenia i unikania występują głównie w rodzinach dysfunkcyjnych o zaburzonych więziach emocjonalnych. W rodzinach funkcjonujących prawidłowo choroba dziecka najczęściej powoduje u rodziców nadmierną opiekuńczość.

zane z chwilowym pogorszeniem się stanu zdrowia dziecka. W większości przypadków rodzice godzą się z diagnozą dotyczącą choroby, a jest to możliwe dzięki zrozumieniu jej istoty oraz skupieniu się na potrzebach dziecka. Tę fazę szybciej osiągają rodzice zgodnie współżyjący, wspierający siebie nawzajem oraz mający wsparcie psychiczne ze strony innych członków rodziny. Rodzice podporządkowują się zaleceniom lekarzy, a życie całej rodziny skupia się na opiece i niesieniu pomocy choremu dziecku.

Choroba pojawiająca się w rodzinie często jest przyczyną nieporozumień i konfliktów pomiędzy rodzicami. Wynika to z różnego stosunku każdego z rodziców do choroby i różnych sposobów reagowania na stresującą sytuację. Niektórzy z nich nie potrafią porozumieć się w istotnych kwestiach związanych z leczeniem dziecka (Maciarz 2001, s. 72). Rodzice, między którymi nie ma porozumienia, obwiniają się wzajemnie za chorobę dziecka. Może wówczas dojść do osłabienia więzi lub wręcz do rozpadu rodziny. Niejednokrotnie jednak trudna sytuacja spowodowana chorobą dziecka zwiększa wzajemne wspieranie się i zrozumienie oraz łączy rodziców we wspólnym działaniu na rzecz dziecka. Takie rodziny stają się bardziej spójne i łatwiej przewyciężają trudności.

Mówiąc o reakcjach rodziców i dziecka na pojawienie się choroby należy wspomnieć o sytuacji rodzeństwa dziecka chorego. Dla rodzeństwa ta sytuacja jest również bardzo trudna, ponieważ pozba-

mi zdrowemu dziecku; może ono również być zaniedbywane emocjonalnie i pozbawione dostatecznej opieki. Wówczas u zdrowych dzieci mogą pojawić się zaburzenia w rozwoju psychicznym, tj. stany depresyjne, lękowe.

Choroba przewlekła może wywoływać u rodziców niewłaściwe postawy i zachowania wobec dzieci. Najczęściej są to postawy nadopiekuńczości, unikania lub odrzucenia (Maciarz 1998, s. 37). Mimo że są to postawy skrajne i przeciwne – nadopiekuńczość powoduje nadmierną koncentrację emocjonalną na dziecku, a unikanie i odrzucenie dystans wobec niego – to każda z nich wywołuje niewłaściwe postępowanie rodziców wobec dziecka i może prowadzić do zaburzeń w jego rozwoju. Rodzicielskie postawy odrzucenia i unikania występują głównie w rodzinach dysfunkcyjnych o zaburzonych więziach emocjonalnych. W rodzinach funkcjonujących prawidłowo choroba dziecka najczęściej powoduje u rodziców nadmierną opiekuńczość. Ta postawa sprawia, że próbują oni jak najdłużej utrzymać silne więzi z chorym dzieckiem, tym samym blokując realizację jego potrzeby samodzielności i niezależności. Rodzice mogą ograniczać dziecku kontakty z otoczeniem, rówieśnikami. Równocześnie starają się wynagrodzić dziecku te ograniczenia poprzez rozpieszczanie go (Pilecka 1995, s. 28). Rodzice mają błędne przekonanie, że są w stanie zaspokoić wszystkie potrzeby dziecka.

Koncepcje i definicje emocjonalnego krzywdzenia dzieci

Precyzyjne zdefiniowanie zjawiska maltretowania, krzywdzenia emocjonalnego jest trudnym zadaniem. Wynika to ze złożoności samego zjawiska oraz braku pewności badaczy, co do głównych kryteriów określających ten problem. Naukowcy zastanawiają się, czy należy skupić się na analizie agresywnego, szkodliwego zachowania rodziców, czy też na skutkach takiego zachowania dla rozwoju dziecka. Niezależnie od podejścia do badanego zagadnienia wśród badaczy panuje zgodne przekonanie, że zjawisko krzywdzenia emocjonalnego dzieci jest bardziej powszechne, niż sądzono.

Emocjonalne krzywdzenie dzieci jest formą przemocy, która polega na ciągłym ataku na dobre samopoczucie psychiczne dziecka (Bielawska-Batorowicz, Hanks 1993, s. 305–315). Sprawcami tych ataków są rodzice lub opiekunowie. Ich krzywdzące działania obejmują zachowania aktywne i bierne (Czyż red. 1992).

Do **zachowań aktywnych**, przyjmujących formę agresji werbalnej i wrogości wobec dziecka lub działań skierowanych bezpośrednio przeciwko dziecku, zalicza się:

- straszenie,
- szantażowanie,
- wymuszanie lojalności,
- terroryzowanie,
- upokarzanie,
- nadmierną kontrolę nad dzieckiem,
- wzbudzanie poczucia winy,
- stawianie dziecka w sytuacji sprzecznych wymagań i komunikatów,
- nieposzanowanie godności osobistej i prywatności dziecka.

Zachowania bierne, nazywane także zaniedbaniami emocjonalnymi, to:

- unikanie interakcji z dzieckiem,
- izolowanie dziecka,
- emocjonalne odrzucenie i zaniebywanie potrzeb psychicznych dziecka,
- ignorowaniu dziecka,
- pozbawianie dziecka stymulacji.

Kolejna definicja wskazuje, że krzywdzenie emocjonalne dziecka uniemożliwia jego zdrowy i prawidłowy rozwój intelektualny, emocjonalny oraz społeczny. Zachowania rodziców, określane jako krzywdzące, osłabiają dążenie dziecka do samorealizacji, zaburzają poczucie godności oraz zmniejszają poczucie przynależności. Przemocą emocjonalną są takie zachowania rodziców, które udaremniają dzieciom zaspokajanie podstawowych potrzeb, tj. bezpieczeństwa, miłości, godności i szacunku oraz posiadania przyjaznego i bezpiecznego środowiska domowego oraz stałego opiekuna (Iwaniec, Szmagański red. 2002, s. 17).

Przemoc emocjonalna wobec dziecka może przejawiać się również w postawach rodziców. Większość rodziców, których zachowania zidentyfikowano jako emocjonalnie krzywdzące, wykazuje trwałe negatywny stosunek do swoich dzieci. Postrzeganie dziecka przez rodziców, rozumiane jako sposób, w jaki uzasadniają swoje uczucia do niego oraz sposób, w jaki widzą dziecko, może być obojętne lub wrogie i odrzucające. W sytuacji odrzucenia rodzice dystansują się fizycznie i emocjonalnie od dziecka, tworzą „emocjonalną próżnię”. Mogą izolować dziecko od otoczenia, trzymać je w odosobnieniu, tym samym uniemożliwiając mu rozwijanie potrzeby kontaktu z innymi i samodzielności.

Krzywdzenie emocjonalne dzieci przewlekle chorych

Choroba przewlekła, będąca doświadczeniem traumatyzującym nie tylko dla chorego dziecka, ale i dla jego rodziców

oraz rodzeństwa, stanowi poważne zagrożenie dla prawidłowego funkcjonowania rodziny. Choroba może powodować

zmiany strukturalne, zmiany w dotychczasowym podziale ról i obowiązków. Ponadto może być przyczyną konfliktów pomiędzy rodzicami i prowadzić do rozpadu rodziny. Choroba przewlekła wywołuje silny stres, który może wywoływać zachowania dezadaptacyjne lub irracjonalne u rodziców.

W początkowej fazie przystosowania do życia z chorobą rodzice z powodu odczuwanego stresu i własnego szoku mogą zaniedbywać dziecko chore lub jego zdrowe rodzeństwo, poprzez nie zaspokajanie podstawowych potrzeb dziecka zarówno fizycznych, jak i psychicznych, tj. potrzeb związanych z odżywianiem (czasami dziecko chore wymaga odpowiedniej diety, a jej nie stosowanie może prowadzić do poważnych konsekwencji zdrowotnych), ubieraniem, higieną i opieką medyczną (Szymańczak 1995, s. 7–24).

Niektórzy rodzice w fazie pozornego przystosowania do choroby mogą w sposób świadomy, chociaż nieracjonalny, nie stosować się do zaleceń lekarzy, zmieniając dawki leków przyjmowanych przez dzieci. Rodzice są przekonani, że sami znajdą rozwiązanie najlepsze dla ich dziecka. Irracjonalne zachowanie rodziców może być krzywdzące dla dzieci i powodować poważne konsekwencje nie tylko zdrowotne. Ponadto rodzice pod wpływem stresu mogą uruchomić niewłaściwe mechanizmy obronne zaburzające ich wzajemne relacje (Maciarz 1998, s. 35). Mogą obwiniać partnera lub samego siebie o chorobę dziecka.

Choroba może być czynnikiem wywołującym nieprawidłowe zachowania rodziców, które mogą przybrać formę aktywnego odrzucenia i biernego zaniedbania dziecka (Iwaniec, Szmagański red. 2002, s. 19).

Aktywne odrzucenie to:

- reagowanie ze złością na oznaki dystresu u dzieci: płacz dziecka chorego z powodu bólu może być frustrujący dla rodziców;
- wrogi stosunek do dziecka: niektórzy rodzice, nie radząc sobie z własnym

stresem i lękiem o stan zdrowia dziecka, obwiniają je za bycie chorym, wywołują w dziecku poczucie winy za swoją chorobę;

- dystansu fizycznego: choroba może wywoływać w rodzicach opór przed kontaktem fizycznym, przed bliskością;
- brak satysfakcji z dokonań dziecka: jedną z nieprawidłowych postaw rodziców w reakcji na chorobę dziecka jest nadmierny krytycyzm oraz niedostosowywanie własnych oczekiwań do możliwości chorego dziecka;
- nieokazywanie zadowolenia z postępów dziecka: bardzo ważne jest pozytywne wzmocnienie dziecka chorego, rozwijanie w dziecku motywacji do działania;
- stosowanie surowej dyscypliny: może wiązać się z nadmierną kontrolą nad dzieckiem, a to z kolei uniemożliwia rozwijanie w dziecku samodzielności;
- brak zabawy z dzieckiem, nie włączanie go do różnych czynności: rodzice mogą być zbyt skupieni na czynnościach pielęgnacyjnych, opiekuńczych, ponadto rodzice mogą być przeświadczeni o niezdolności dziecka, z powodu choroby, do wykonywania niektórych czynności;
- separowanie dziecka od reszty rodziny i grupy rówieśniczej: może to być spowodowane lękiem rodziców przed reakcjami społecznymi, tj. odrzucenie chorego, brak akceptacji z powodu choroby, z drugiej strony nadmierna opiekuńczość rodziców może prowadzić do izolacji dziecka od otoczenia.

Bierne zaniedbanie (fizyczne i emocjonalne) ma miejsce, gdy dziecko:

- jest nieodpowiednio ubrane,
- jest nie umyte,
- ma zachwiany rytm spania i jedzenia,
- jest pozostawione bez opieki,
- rodzice nie reagują na sygnały strapienia u dziecka,
- nie stymulują jego rozwoju.

Kiedy dziecko jest przewlekle chore, krzywdzenie może występować wówczas, gdy rodzice nie posiadają wystarczającej

wiedzy dotyczącej danego schorzenia lub gdy nie zdają sobie w pełni sprawy z ograniczeń powodowanych przez chorobę i stawiają dziecku nierealistyczne wymagania (Iwaniec, Szmagański red. 2002, s. 20). Oczekiwania rodziców nie dostosowane do ograniczonych możliwości dziecka chorego mogą być wyrażane stresem i frustracją, gdy dziecko nie jest w stanie im sprostać.

Dużym zagrożeniem dla prawidłowych relacji rodziców i chorych dzieci jest stan kryzysu, który pojawia się po długim okresie konstruktywnego przystosowania się do choroby. Określany jest jako **zespół „wypalania się”** (Maciarz 1998, s. 36). Zespół ten powstaje na skutek przeciążenia rodzica długotrwałą opieką i odpowiedzialnością za leczenie

Choroba przewlekła jest czynnikiem zagrażającym prawidłowemu funkcjonowaniu rodziny. Rodzice w swoim działaniu skupiają się na walce z chorobą, a ich troska o powrót dziecka do zdrowia nie zawsze łączy się z zaspokajaniem jego potrzeb psychicznych i dbałością o rozwój psychoruchowy. Aby w jak największym stopniu uniknąć zagrożeń wynikających z choroby, tj. niewłaściwych zachowań i postaw rodziców wobec dziecka, prowadzących do krzywdzenia i zaniedbania emocjonalnego, należy dostarczać rodzinie wsparcia. Dzięki wsparciu innych osób – zarówno członków rodziny, jak i specjalistów – proces adaptacji do sytuacji choroby będzie mógł zakończyć się wypracowaniem skutecznych strategii radzenia sobie.

Rodzice w swoim działaniu skupiają się na walce z chorobą, a ich troska o powrót dziecka do zdrowia nie zawsze łączy się z zaspokajaniem jego potrzeb psychicznych i dbałością o rozwój psychoruchowy.

oraz wychowanie chorego dziecka. Przejawami takiego stanu są: zniechęcenie i spadek motywacji rodziców do pracy z dzieckiem. Rodzice mogą zdystansować się emocjonalnie od dziecka, co w konsekwencji może powodować brak zaangażowania w proces leczenia i wychowania dziecka.

Rodzice dziecka chorego mogą przejawiać wobec niego postawę nadmiernej pobłażliwości. Taka postawa może prowadzić do nieprawidłowości w rozwoju dziecka; równocześnie może być krzywdząca (Maciarz 1998, s. 37). Trwałe przyjmowanie tej postawy przez rodziców może sprawić, że dziecko nie przyswoi sobie norm społecznych i moralnych, nie nauczy się kontrolowania swoich reakcji emocjonalnych i swego zachowania w różnych sytuacjach. Proces usamodzielniania się przez dziecko może przebiegać nieprawidłowo, ponadto może zostać zachwiane jego poczucie bezpieczeństwa.

Choroba sprzyja występowaniu nieprawidłowych reakcji i zachowań nie tylko w wymiarze rodzinnym. Choroba stawia dziecko w obliczu nowych sytuacji i obcych osób. Wyjście poza perspektywę rodzinną ukazuje wymiar instytucjonalny, w jakim funkcjonuje chore dziecko i jego rodzina. Pojawiają się lekarze, z którymi dziecko nawiązuje przymusowe kontakty, oraz pielęgniarki, które wykonują krępujące zabiegi. Często jedynym rozwiązaniem prowadzącym do odzyskania zdrowia jest umieszczenie dziecka w szpitalu lub sanatorium, ponieważ w warunkach domowych nie jest możliwe zapewnienie dziecku kompleksowej pomocy lekarskiej przy użyciu odpowiedniego sprzętu medycznego.

Pobyt w szpitalu jest dla dziecka bardzo stresującym przeżyciem. Dzieci często nie rozumieją tego, co się dzieje wokół nich, nie rozumieją swojego stanu zdrowia. Nie wiedzą, dlaczego rodzice zostawiają je w szpitalu, czemu służą czę-

sto bolesne zabiegi, jakim są poddawane (Bishop 2000, s. 311). Szpital jest dużą, zhierarchizowaną instytucją, w której dziecko czuje się bezbronnie w oderwaniu od rodziców i najbliższego otoczenia.

Dzieci przebywające w szpitalu narażone są na depryzację podstawowych potrzeb. Oddzielenie od rodziców i rodzeństwa narusza sferę emocjonalną dziecka (Ostrowski 1995, s. 67). Następuje deprywacja bardzo silnych potrzeb u małych dzieci: potrzeby bezpieczeństwa z powodu zmiany otoczenia oraz potrzeby bliskości i kontaktu z powodu rozłąki z matką (Maruszczak 2002, s. 870). Wynikiem unieruchomienia i konieczności pozostawania w łóżku jest deprywacja potrzeby ruchu i aktywności, silnie odczuwana przez młodsze dzieci. Unieruchomienie dziecka wywołuje ograniczenie jego samodzielności i uzależnienie od innych osób, które pomagają mu w codziennych czynnościach samoobsługowych, higienicznych i porządkowych. Dzieci będące długo w sytuacji zależności od osób sprawujących opiekę stają się bierne i mało zaradne, są nastawione roszczeniowo – ulega opóźnieniu proces usamodzielnienia się dziecka oraz kształtowania się jego woli i motywacji.

W przypadku małych dzieci skutki pobytu w szpitalu mogą mieć charakter nieodwracalny i zaburzać niektóre sfery ich rozwoju. Całokształt zaburzeń psychicznych i fizycznych spowodowany długotrwałym pobytym w szpitalu zwany jest

fizycznego, umysłowego, pojawiają się zaburzenia psychiczne, zmniejsza się odporność organizmu i rośnie podatność na choroby. Hospitalizm wiąże się z chorobą szpitalną lub sierocą, na którą narażone są dzieci pozbawione opieki macierzyńskiej, zwłaszcza w okresie niemowlęctwa. W chorobie tej wyróżniono trzy fazy: protestu, rozpacz i zobojętnienia (Obuchowska 1996, s. 11–15).

Faza protestu – dziecko po oddzieleniu od matki niemal bez przerwy płacze, nie reaguje na próby nawiązania kontaktu, często odmawia przyjmowania pożywienia, reaguje na dźwięki w oczekiwaniu na powrót matki.

Faza rozpacz – dziecko wycisza się, nadal popłakuje, ogarnia je apatia, pograża się w smutku i stanie beznadziejności, ma zaburzenia łaknienia, cierpi na bezsenność, nie szuka kontaktu z dorosłymi, nie reaguje na zabawki.

Faza zobojętnienia – dziecko przestaje płakać, wykazuje zainteresowanie otoczeniem, zaczyna akceptować nowe osoby, zachowuje się tak, jakby zapomniało o matce, powraca mu apetyt, zaczyna bawić się, nawiązuje kontakt wzrokowy z opiekunami, ale jego rozwój mowy ulega zahamowaniu, w nocy popłakuje przez sen. W tej fazie zachodzą procesy wypierania uczuć do matki, zaburzające naturalną więź dziecka z matką. Często zachowanie dziecka jest błędnie interpretowane jako dobre przystosowanie do pobytu w szpitalu.

Traktowanie dziecka – pacjenta w sposób przedmiotowy, nie nawiązywanie z nim serdecznego kontaktu, sprowadzanie dziecka do fragmentu chorego organizmu wywołuje w nim poczucie przygnębienia i niepokoju.

hospitalizmem (Sillamy 1994, s. 100). Termin ten oznacza ogół zaburzeń obejmujących rozwój fizyczny (wzrost, waga, sprawność ruchowa) i psychiczny dziecka. Małe dzieci pozbawione kontaktu z matką nie mogą rozwijać się prawidłowo. Następuje spowolnienie ich rozwoju

Dużym zagrożeniem dla dziecka przebywającego w szpitalu może być zjawisko jatrogenii. Czynniki jatrogenne w szpitalu to te zachowania i czynności personelu medycznego oraz te sytuacje, które charakteryzują się biologicznym podejściem do pacjenta, nie uwzględnianiem w procesie

leczenia jego potrzeb i przeżyć psychicznych (Maciarz 2001, s. 60). Jest to przedmiotowe traktowanie pacjenta. Traktowanie dziecka – pacjenta w sposób przedmiotowy, nie nawiązywanie z nim serdecznego kontaktu, sprowadzanie dziecka do fragmentu chorego organizmu wywołuje w nim poczucie przygnębienia i niepokoju. Niewłaściwe zachowanie pielęgniarek, tj. niedelikatność przy wykonywaniu zabiegów, karmienie dziecka przemocą, straszenie zastrzykami, powoduje w dziecku lęk i sprawia, że pobyt w szpitalu kojarzy im się z odrzuceniem, karą, brakiem akceptacji i zrozumienia.

Relacje pomiędzy dzieckiem a personelem medycznym ograniczone do me-

dycznego podejścia i przedmiotowego traktowania pacjenta, niezaspokajanie jego potrzeb ruchowych, emocjonalnych i poznawczych mogą posiadać znamiona emocjonalnego krzywdzenia dziecka w wymiarze instytucjonalnym.

*

Celem niniejszego artykułu było ukazanie zagrożeń związanych z pojawieniem się choroby przewlekłej w rodzinie oraz wskazanie, że pewne nieprawidłowości w zachowaniach rodziców oraz innych osób stykających się z chorymi dziećmi mogą być przyczyną występowania krzywdzenia emocjonalnego i zaniedbywania tych dzieci.

Literatura

- Bielawska-Batorowicz E., Hanks H. (1993), *O formach złego traktowania dzieci*, „Przegląd Psychologiczny” nr 3, s. 305–315.
- Bishop G.D. (2000), *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Astrum, Wrocław.
- Bożkowska K. red. (1987), *Encyklopedia zdrowia dziecka*, PZWL, Warszawa.
- Czyż E., red. (1992), *Dziecko i jego prawa*, Komitet Ochrony Praw Dziecka, Warszawa.
- de Walden-Gałuszko K., Majkiewicz M. (1994), *Jakość życia w chorobie nowotworowej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.
- Iwaniec D., Szmagałski J., red. (2002), *Zaburzenia rozwojowe dzieci krzywdzonych emocjonalnie. Rozpoznanie i interwencja psychospołeczna w doświadczeniach brytyjskich i polskich*, Wydawnictwo UW, Warszawa.
- Maciarz A. (1998), *Psychoemocjonalne i wychowawcze problemy dzieci przewlekle chorych*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków.
- Maciarz A. (2001), *Pedagogika lecznicza i jej przemiany*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa.
- Maruszczak M. (2002), *Doświadczenie hospitalizacji*, w: *Encyklopedia Rodzice i Dzieci*, Wydawnictwo Park, Bielsko-Biała.
- Obuchowska I. (1996), *Przeżycia dziecka w szpitalu*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” nr 9.

- Ostrowski T.M. (1995), *Potrzeby dzieci chorych somatycznie*, w: R. Kurzawa, J. Wyczesany (red.), *Dziecko chore na astmę: integracja działań pedagogicznych, medycznych i psychologicznych*, Wydawnictwo Universitatis, Kraków.
- Pilecka W. (1995), *Choroba przewlekła dziecka, jego rozwój i interakcje rodzinne – model transakcyjny*, w: M. Chodkowska (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. Socjalizacja i rehabilitacja*, Wydawnictwo UMCS, Lublin.
- Pilecka W. (2002), *Przewlekła choroba somatyczna w życiu i rozwoju dziecka. Problemy psychologiczne*, Wydawnictwo UJ, Kraków.
- Reykowski J. (1971), *Osobowość a trwałe stres*, w: H. Larkowa (red.), *Problemy psychologiczne w rehabilitacji inwalidów*, PWN, Warszawa.
- Sękowska Z. (1976), *Pedagogika w lecznictwie*, PZWL, Warszawa.
- Sillamy W. (1994), *Słownik psychologii*, Wydawnictwo Książnica, Katowice.
- Szymańczak M. (1995), *Pojęcie „krzywdzenia dzieci*, w: E. Czyż, J. Szymańczak (red.), *Dzieci krzywdzone. Próba opisu zjawiska*, Fundacja Dzieci Niczyje, Warszawa.