

Zapobieganie przemocy i wspieranie relacji wcześniak–opiekunowie

Tamara Walczak-Kozłowska^a, Magdalena Chrzan-Dętkoś^b

^aInstytut Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego

^bZakład Psychologii i Psychopatologii Rozwoju
Instytutu Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego

W Polsce wcześniaki stanowią ok. 6–7% wszystkich rodzących się dzieci. Chociaż gwałtownemu rozwojowi technologii medycznej i neonatologii zawdzięcza się zdecydowany wzrost przeżywalności dzieci urodzonych skrajnie przedwcześnie, to coraz częściej są podnoszone pytania o ich dalszy rozwój zarówno w rozumieniu indywidualnym, jak i oddziaływania na system rodzinny. Według badań dzieci zarówno urodzone przedwcześnie, jak i z wewnątrzmacicznym zahamowaniem wzrostu częściej doświadczają różnych form przemocy ze strony opiekunów lub innych dorosłych w porównaniu z rówieśnikami urodzonymi o czasie. Wiadomo także, że matki dzieci urodzonych przedwcześnie znacznie częściej niż matki dzieci urodzonych o czasie przejawiają duże nasilenie lęku, niepokoju, a nawet objawów zespołu stresu pourazowego. Rozczarowanie, wynikające z bardzo dużej rozbieżności między oczekiwanym macierzyństwem a sytuacją przedwczesnego porodu, wzmacnia negatywny stan psychiczny rodzica. Kształtujące się na takiej bazie postawy rodzicielskie i stosowane metody wychowawcze mogą nie sprzyjać optymalnemu rozwojowi wcześniaka. Trudne zachowania dziecka i konieczność większych poświęceń rodziców – przy niesprzyjających warunkach społeczno-ekonomicznych – mogą stanowić znaczny czynnik ryzyka przemocy w rodzinie. W artykule poruszono problematykę wcześniactwa jako czynnika ryzyka krzywdzenia oraz opisano przykładowe programy profilaktyczne o charakterze prewencyjnym i interwencyjnym, uzupełnione o przykłady pochodzące z praktyki własnej.

SŁOWA KLUCZOWE:

WCZEŚNIACTWO, WCZEŚNIAK, PRZEMOC WOBEC DZIECKA

Troje na dziesięcioro dzieci doświadczą przemocy fizycznej ze strony dorosłych, a 6% jest ofiarami przemocy seksualnej z kontaktem fizycznym, najczęściej ze strony opiekunów (Włodarczyk, 2013). Metaanalizy badań potwierdzają, że bycie ofiarą przemocy w dzieciństwie prowadzi do trudności emocjonalnych i problemów z zachowaniem w ciągu całego życia (Norman i in., 2012). Osoby, wobec których stosowano przemoc emocjonalną w dzieciństwie, chorują na depresję trzy razy częściej niż osoby niedoświadczające przemocy w tym okresie życia. Dzieci będące ofiarami zaniedbania i przemocy fizycznej są także w grupie większego ryzyka zachorowania na depresję. Inne zaburzenia psychiczne związane z nieseksualną przemocą w dzieciństwie to zaburzenia lękowe, uzależnienia i próby samobójcze. Wykazano również słaby, ale statystycznie istotny związek, między doświadczaniem przemocy w dzieciństwie a wystąpieniem chorób somatycznych w dorosłości. Wynika z tego, że wszystkie formy przemocy wobec dziecka powinny być rozpatrywane również w kontekście zagrożenia zdrowia nie tylko w momencie wystąpienia przemocy, ale na przestrzeni całego życia.

Świadomość poważnych, długoterminowych konsekwencji przemocy powinna motywować społeczności lokalne do identyfikowania czynników ryzyka i rozwijania programów chroniących dzieci przed przemocą oraz wspierających kompetencje rodzicielskie. Ich celem powinno być umożliwienie rodzicom, doświadczającym sytuacji określanych jako czynniki ryzyka, budowanie ufnej relacji z dzieckiem i wspieranie ich w rozumieniu zachowań już na etapie niemowlęcym, gdy interwencje są najskuteczniejsze. Okresy okołoporodowy oraz wczesnego dzieciństwa to czas bardzo intensywnych zmian w życiu rodziców małych dzieci. To również moment, gdy zaangażowanie rodziców jest szczególnie silnie. Wczesna interwencja skutecznie zapobiega problemom w interakcjach rodzic–dziecko szczególnie wtedy, gdy zbiega się w czasie z narodzinami pierwszego dziecka w rodzinie. Ponadto interwencje w tym czasie są korzystne nie tylko dla pierwszego dziecka, ale również dla kolejnych dzieci w rodzinie (Olds, Sadler, Kitzman, 2007).

WCZEŚNIACTWO CZYNNIKIEM RYZYKA PRZEMOCY RODZICIELSKIEJ

W artykule chcielibyśmy skupić się na wczesnej sytuacji medycznej noworodka i niemowlęcia – wcześniactwie i niskiej masie urodzeniowej. Często wcześniactwo

może nie być traktowane jako „intuicyjny” czynnik ryzyka przemocy wobec dzieci, jednak wiele badań prowadzonych od lat 70. XX w. potwierdza ten związek. Między innymi w badaniach, które przeprowadzili Spencer, Wallace, Sundrum, Bacchus i Logan (2006) w populacji 119 771 dzieci urodzonych w hrabstwie West Sussex w latach 1983–2001, zaobserwowano związek między niższą masą urodzeniową i mniejszą dojrzałością w momencie urodzenia a większym prawdopodobieństwem doświadczania przez dziecko każdej formy przemocy, w tym przemocy seksualnej. Związek ten był niezależny od wieku matki i jej statusu społeczno-ekonomicznego. Dodatkowo w grupie wcześniaków istotnie częściej niż w grupie dzieci urodzonych o czasie są rozpoznawane opóźniony rozwój psychoruchowy i niepełnosprawność. Z badań wynika także, że dzieci z niepełnosprawnościami i opóźnionym rozwojem psychoruchowym są niemal czterokrotnie częściej ofiarami przemocy niż ich zdrowi rówieśnicy.

Celem, który przyświecał nam podczas pisania niniejszej pracy, było zatem omówienie problematyki wcześniactwa jako czynnika ryzyka krzywdzenia, uzupełnione przykładami pochodzącymi z własnej praktyki. W artykule opisałyśmy również przykładowe programy profilaktyczne o charakterze prewencyjnym i interwencyjnym.

Wcześnieiki – grupa heterogeniczna

Zanim przejdziemy do badań tłumaczących związek dojrzałości w momencie urodzenia z ryzykiem przemocy, chciłybyśmy scharakteryzować grupę dzieci urodzonych przedwcześnie, co może pozwolić na lepsze zrozumienie związku między przedwczesnymi narodzinami a przemocą. W Polsce wcześniaki, czyli dzieci urodzone przed ukończeniem 37 tygodnia ciąży (t.c.), stanowią ok. 6–7% wszystkich urodzeń (Świetliński, Musialik-Świetlińska, Kosmala, Pietras, Wilk-Tyl, 2017). Grupa ta jest jednak bardzo zróżnicowana, bowiem obejmuje zarówno dzieci urodzone w 34 t.c., jak i te, które przyszły na świat w 26 t.c. Według Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization, WHO*) poród mający miejsce przed ukończeniem 32 t.c. określa się mianem *skrajnie przedwczesnego*. Dzieci urodzone przed tym terminem są natomiast klasyfikowane według masy urodzeniowej:

- noworodki z małą masą ciała (*low birth weight, LBW*), tj. poniżej 2500 g;
- noworodki z bardzo małą masą ciała (*very low birth weight, VLBW*), tj. poniżej 1500 g;
- noworodki ze skrajnie małą masą ciała (*extremely low birth weight, ELBW*), tj. poniżej 1000 g.

Medyczne i psychologiczne czynniki ryzyka krzywdzenia oraz zaniedbania dziecka

Wraz z intensywnym rozwojem technologii medycznych i nowoczesnych rozwiązań w neonatologii wzrósł znacząco odsetek dzieci urodzonych z masą mniejszą niż 1000 g (Helwich, Rokita, 2017), który obecnie w Polsce wynosi ok. 1,2-1,6% wszystkich porodów (Świetliński i in., 2017). Dzieci te są szczególnie narażone na uszkodzenia układu nerwowego oraz związane z tym zaburzenia ruchowe i poznawcze. Do przykładowych medycznych czynników ryzyka w późniejszym rozwoju tych dzieci należą krwawienia śródczaszkowe, leukomalacje, zespół zaburzeń oddychania czy retinopatia wcześniacza (Świetliński i in., 2017). Dodatkowo warto podkreślić, że skrajnie przedwcześnie urodzone noworodki mogą przebywać na oddziałach intensywnej opieki neonatologicznej nawet kilka miesięcy po porodzie. Przechodzą wiele bolesnych procedur medycznych, a ich zdrowie i życie, szczególnie w pierwszym okresie po porodzie, jest zagrożone. Z badań wynika, że każdy tydzień ciąży istotnie zwiększa szansę na prawidłowe funkcjonowanie dziecka: 25% dzieci urodzonych w 25 t.c. rozwija się prawidłowo w porównaniu z 12% dzieci urodzonych w 23 t.c. Warto pamiętać, że masa mózgu dziecka urodzonego w 34 t.c. stanowi jedynie 65% masy mózgu dziecka urodzonego w 38 t.c. Zatem znaczna część rozwoju neuronalnego tych dzieci odbywa się w środowisku pozamacicznym – przeważnie na oddziale intensywnej terapii neonatologicznej lub oddziale dla wcześniaków, gdzie niedojrzałe noworodki muszą radzić sobie z bodźcami, na które ich organizm nie jest jeszcze w pełni przygotowany. Wskazuje się jednak, że nawet te dzieci, u których nie zostały zdiagnozowane znaczące dysfunkcje w obszarze ośrodkowego układu nerwowego (związane z leukomalacjami i krwawieniami śródczaszkowymi), cechują się opóźnionym rozwojem psychoruchowym oraz mogą u nich występować znaczne trudności w obszarze uwagi, funkcji wykonawczych, umiejętności szkolnych czy też regulacji emocji i zachowania (Lee, Yeatman, Luna, Feldman, 2011; Walczak, Chrzan-Dętkoś, 2018).

Czynniki biologiczne wpływają również na fizyczny obraz dziecka urodzonego przedwcześnie – odbiegający niejednokrotnie od oczekiwań rodziny. Dzieci z powikłaniami po retinopatii często od najmłodszych lat muszą nosić okulary, te z porażeniem mózgowym (będącym częstym powikłaniem leukomalacji okołokomorowej) będą miały trudności z poruszaniem się, część będzie miała znaczący niedosłuch, a inne będą cierpiały na zaburzenia artykulacyjne. Dzieci, które swoim wyglądem odbiegają od rówieśników, które wymagają większych nakładów pracy ze strony rodziców (pod postacią poświęconego zarówno czasu, jak i pieniędzy), które są niepełnosprawne czy które wydają się nie reagować na rodzica, są w grupie większego

ryzyka krzywdzenia (Daly, Wilson, 1985, 1988; Frodi, Lamb, 1980a, 1980b; Sullivan, Knutson, 2000; Zirpoli, 1986). Co więcej, w badaniach wykazano, że dzieci, których wygląd odbiega od oczekiwanego, są częściej oddawane do adopcji niż dzieci o podobnym (lub nawet większym) ryzyku medycznym, ale nieróżniące się wyglądem od swoich rówieśników (Daro, McCurdy, 1995).

Przez wiele lat badacze i praktycy wiązali większe ryzyko przemocy w grupie wcześniaków z separacją rodzice–dziecko po porodzie. Dröscher (1997) pisał, że spośród wszystkich maltretowanych dzieci w Stanach Zjednoczonych aż 37% stanowią wcześniaki, które w początkowym okresie życia przebywały w inkubatorach. Według niego nawet te dzieci, których rodzice nie stosowali przemocy fizycznej wobec nich, często były zaniedbywane przez matki i ojców, którzy pozostawiali dziecko samo na długi czas lub nie reagowali / reagowali z dużym opóźnieniem na jego płacz. Rodzice zapewniali dziecku odpowiednie warunki materialne, jednak dzieci te nie mogły liczyć na wsparcie, co skutkowało brakiem podstawowej ufności wobec świata i trudnościami w nawiązywaniu relacji interpersonalnych (Dröscher, 1997). Obecnie nie ma na to jednak jasných dowodów. Współcześnie zakłada się, że być może zarówno przedwczesny poród, jak i ryzyko nadużycia mają wspólne źródło, związane z funkcjonowaniem rodziców przed zajściem w ciążę, podczas ciąży, jak również po porodzie, gdy stosują przemoc wobec dziecka. Czynnikiem ryzyka przedwczesnego porodu jest trudna sytuacja społeczno-ekonomiczna rodziców, która może przekładać się na trudniejszy dostęp do lekarza, brak możliwości odpowiedniego dbania o siebie podczas ciąży oraz większy stres i niepokój przeżywany w okresie ciąży. Badania osób o niskim statusie społeczno-ekonomicznym (Bugental, Happaney, 2004) wskazują, że zaniedbywanie i przemoc wobec niemowlęcia można przewidzieć na podstawie czynników okołoporodowych: niskiej punktacji w skali Apgar, tygodnia urodzenia i masy urodzeniowej. Dodatkowo kobiety, które doświadczały przemocy, cechowały się o 38% wyższym ryzykiem przedwczesnego porodu w porównaniu z kobietami bez takich doświadczeń (Masho, Cha, Chapan, Chemow, 2004).

Wyniki przytoczonych wcześniej badań ilustruje przykład kliniczny pani B.

Pani B. była po raz pierwszy hospitalizowana na oddziale ginekologii w 12 t.c. z powodu krwawienia i związanego z nim zagrożenia poronieniem. Przyczyną komplikacji był m.in. wysoki poziom stresu i obciążenie fizyczne – pani B. rozstała się z partnerem, będąc w nieplanowanej ciąży bliźniaczej. Z uwagi na trudną sytuację ekonomiczną i brak stałego zatrudnienia czuła się w obowiązku pracować, mimo że praca, którą wykonywała, była obciążająca fizycznie. Pani B. bardzo zależało na utrzymaniu relacji z ojcem dzieci. W końcu, w rezultacie jej starań, para zeszła się. Sytuacja medyczna

wydawała się ustabilizowana. Bliźniaki urodziły się w 24 t.c. U jednego z chłopców wystąpiło jednak rozległe krwawienie dokomorowe, a drugie dziecko, które początkowo było w znacznie lepszym stanie, zmarło w drugim tygodniu życia. Pani B. była przytłoczona śmiercią dziecka, stanem zdrowia żyjącego chłopca i niestabilną relacją z partnerem. Po około trzech miesiącach po porodzie, przed wypisem, sytuacja rodzinna pani B. wydawała się jednak stabilna – codziennie przychodziła na oddział i zajmowała się dzieckiem. Pani B. ponownie zgłosiła się do szpitala, w którym urodziła dzieci, gdy jej synek miał 14 miesięcy. Dziecko było skrajnie zaniedbane: przez rok nie odwiedziło żadnego lekarza, nie miało wykonanych szczepień, nie uczęszczało na rehabilitację, kontrole okulistyczne itd. Nie wychodziło z domu i nie miało kontaktu z nikim poza mamą, która spędzała większość dnia, leżąc w łóżku. Przy przyjęciu na oddział pediatriczny dziecko nie wodziło wzrokiem, nie reagowało na swoje imię, nie podciągało się do siedzenia ani nie przekręcało na bok. Trudności te, jak się okazało, nie wynikały z sytuacji medycznej dziecka: po kilku dniach pobytu na oddziale chłopiec zaczął reagować na personel i wchodzić w interakcje z innymi ludźmi. Z informacji uzyskanych od pani B. wynikało, że po wypisie dziecka z oddziału neonatologicznego zachorowała na depresję i została po raz kolejny zostawiona przez partnera. Pani B. w trakcie przyjęcia dziecka na oddział pediatrii była nie do poznania. W ciągu roku osiwiła, bardzo schudła, wydawała się znacznie starsza. Mówiła, że planuje oddać dziecko do adopcji, przyznawała się do bycia złą matką. Podczas rozmowy z psychologiem powiedziała, że w czasie ostatniego roku często patrzyła na kartkę z numerami telefonów psychologa i lekarki neonatolog z oddziału, ale nie miała siły zadzwonić. Personel szpitala zaproponował wsparcie psychiatryczne i terapeutyczne dla pani B., z którego bardzo chętnie skorzystała. Z uwagi na sytuację dziecka sprawa została jednak zgłoszona do sądu rodzinnego jako zaniedbanie. Po miesiącu leczenia pani B. zdecydowała się wychowywać dziecko i została czasowo objęta wsparciem asystenta rodziny.

Przedwczesny poród przyczyną trudności w relacji rodzic–dziecko

Przedwczesny poród to trauma biologiczna dla dziecka, ale również trauma psychiczna dla jego rodziców. Stres matki nie kończy się wraz z wypisem ze szpitala, ale towarzyszy rodzicom w pierwszym roku, a nawet w kolejnych latach życia dziecka. Matki dzieci urodzonych przedwcześnie częściej niż matki dzieci urodzonych o czasie przejawiają wysoki poziom lęku, niepokoju, a nawet klinicznych objawów zespołu stresu pourazowego (Chrzan-Dętkoś, 2012; Walczak, Chrzan-Dętkoś, 2017). Stan psychiczny matek (będących przeważnie głównym opiekunem dziecka

w początkowym okresie życia) może przekładać się na ich mniejszą responsywność na sygnały płynące od dziecka (obniżoną wrażliwość macierzyńską), co utrudnia tworzenie prawidłowej relacji w diadzie matka–dziecko (Chrzan-Dętkoś, Walczak, 2017; Pierrehumbert, Frascarolo, Bettchart, Plancherel, Melhuish, 1991; Pierrehumbert, Ramstein, Karmaniola, Miljkovitch, Halfon, 2002; Spruijt, Dekker, Ziermans, Swaab, 2018). Wtórnie matki mogą mieć duże trudności w dostrojeniu się do dziecka i jego coraz bardziej zróżnicowanych potrzeb, mogą przeżywać wyższy stres rodzicielski i postrzegać siebie jako niezdolne do opieki nad dzieckiem oraz wychowywania go, czuć się niekompetentne i bezradne. Goldberg i DiVitto już w 1986 roku pisali, że rodzice wcześniaków bardziej angażują się w opiekę nad dzieckiem, wkładają w interakcje z nim więcej zaangażowania i energii, ale otrzymują mniej nagradzających interakcji niż rodzice dzieci urodzonych o czasie.

Przedwczesny poród może być odbierany w kategoriach traumy, ale też zranienia narcystycznego – rozczarowania sobą i własnym ciałem, które nie spełniło odpowiednio swojej funkcji (Montauti, 1986). Przeżycia takie mogą towarzyszyć matce wiele lat i przekładać się na jej postrzeganie dziecka. Nasilone u matek poczucie winy wiąże się z samoobwinianiem za przedwczesny poród oraz doszukiwaniem się jego przyczyn we własnych zachowaniach i emocjach, jakie miały miejsce podczas ciąży. Choć treści psychiczne mają charakter przeważnie irracjonalny, są bardzo często znacznie nasilone i mają charakter myśli intruzywnych. Aby zilustrować takie treści przejawiające się w zachowaniu matek, posłużymy się przykładem pochodzącym z praktyki własnej:

Pani M. konsultowała z psychologiem (autorką 1) niepokojące zachowania swojego synka S., wcześniaka urodzonego w 28 t.c. W opinii matki chłopiec ma bardzo duże problemy w zakresie uwagi, nie potrafi skupić się na wykonywaniu zadań i przez to pani M. boi się, że dziecko nie jest gotowe do pójścia do pierwszej klasy. W wywiadzie ontogenetyczno-klinicznym ustalono, że dziecko urodziło się w wyniku cesarskiego cięcia na skutek niewydolności cieśniowo-szyjkowej. S. jest pierwszym i jedynym dzieckiem pani M., które wychowuje wraz z mężem. Małżeństwo zdecydowało się na dziecko stosunkowo późno, co było wynikiem dużego zaangażowania pani M. w pracę zawodową. Podczas kilku konsultacji psychologa z dzieckiem, podczas których badano funkcje wykonawcze, uwagę, ogólne zdolności intelektualne i gotowość szkolną, pani M. często wspominała, że to, czego doświadcza obecnie rodzina jest wynikiem jej przepracowania w czasie, gdy była w ciąży. Zrezygnowała z pracy w firmie i pracuje w domu, mogąc poświęcać zdecydowanie więcej czasu dla dziecka. Sama jednak deklaruje, że odczuwa często frustracje, że jej dziecko nie przyswaja wiedzy

tak szybko, jak by tego chciała, mimo że pomaga mu w rozwiązywaniu kart pracy dla pierwszoklasistów. Uważa, że jej dziecko odstaje od rówieśników w klasie, jest mniej dojrzałe emocjonalnie i w związku z tym może nie poradzić sobie na kolejnych etapach edukacji. Przeprowadzone badania psychologiczne wykazały, że chłopiec rozwija się prawidłowo, w wielu sferach jego wyniki są wyższe niż średnie populacyjne dla jego grupy wiekowej. Chłopiec świetnie koncentrował uwagę podczas pracy z psychologiem, nawet w bardzo angażującym i żmudnym zadaniu komputerowym badającym procesy uwagi. Po omówieniu wyników chłopca z rodzicami pani M. – wyraźnie wzruszona – powiedziała, że chciała usłyszeć coś pozytywnego o swoim dziecku, bo sama nie widzi w nim mocnych stron. Często konfrontuje się z obrazem chłopca sprzed siedmiu lat, kiedy to S. był pacjentem oddziału intensywnej terapii neonatologicznej. Pani M. poruszyła problem odmiennych doświadczeń rodzicielskich niż te, których z mężem oczekiwali. Wskazała ponadto, że mimo odejścia z pracy i przejścia na własną działalność gospodarczą ma poczucie odizolowania od świata. Wspomniała, że jej życie z mężem wyglądało zupełnie inaczej siedem lat temu – było wypełnione zróżnicowanymi zadaniami zawodowymi i relacjami towarzyskimi, a od kilku lat oboje skupieni są na dziecku i wspieraniu jego rozwoju w „czterech ścianach domu”. Psycholog zaproponowała rodzicom spotkania terapeutyczne w nurcie systemowym celem wzmocnienia ich relacji i kilka indywidualnych spotkań z matką, podczas których kobieta miała okazję do przepracowania negatywnych emocji związanych z przedwczesnym porodem i „przedwczesnym macierzyństwem”. Celem spotkań było m.in. wypracowanie realistycznych oczekiwań wobec dalszego rozwoju rodziny i wzmocnienie pozytywnego obrazu dziecka w oczach matki.

Tak więc zarówno prezentacja kliniczna, jak i przytoczone powyżej badania pokazują, że sytuacja przedwcześnie urodzonego dziecka obejmuje jego sytuację medyczną oraz sytuację emocjonalną jego rodziców. Dodatkowo warto pamiętać, że wcześniaki, szczególnie dzieci urodzone skrajnie przedwcześnie, określane są jako „trudni partnerzy interakcji”: mogą unikać kontaktu i lękowo reagować na bodźce, które dla innego niemowlęcia byłyby zwyczajne. Podsumowując wyniki badań, wydaje się, że wcześniaki mogą wzbudzać u rodziców więcej wrogich postaw, które w konsekwencji – przy obecności dodatkowych czynników ryzyka – mogą prowadzić w pewnych sytuacjach do przemocy i nadużycia.

DZIAŁANIA PREWENCYJNE I INTERWENCYJNE

Przytoczone wyniki badań i przykłady wskazują na znaczenie oraz konieczność wprowadzenia profilaktyki i wsparcia dla rodziców już w pierwszym okresie po narodzinach dziecka. W świetle wyników badań coraz większego znaczenia nabierają nie tylko programy mające na celu wspieranie prawidłowego rozwoju poznawczego, emocjonalnego i społecznego dziecka, ale również oddziaływania wspierające relację między wcześniakiem a jego rodzicami. Dziecko nie funkcjonuje w sposób oderwany od relacji z głównymi opiekunami. Jego zachowanie jest wynikiem oddziaływań rodziny i odwrotnie – dziecko swoim zachowaniem wywiera wpływ na te relacje (Winnicott, 2010). Co ważne, programy wspierające wczesny poznawczy rozwój dziecka i programy profilaktyki przemocy wobec dzieci bazują na tych samych interwencjach skierowanych na relacje w rodzinie. Poniżej opisujemy przykładowe oddziaływania nastawione na poprawę relacji rodzic–dziecko. Część z nich może być realizowana na oddziale, inne mogą być stosowane po wypisie dziecka do domu:

- **Kangurowanie i oddziaływania wspierające relację rodzic–noworodek na oddziale intensywnej opieki neonatologicznej.** Badania (Feldman i in., 2003) wykazały, że w wyniku stosowania procedury „skóra do skóry” późniejszy styl rodzinny był spójniejszy, rodzice byli bardziej czuli i mniej intruzywni w kontakcie z dzieckiem. Zarówno matki, jak i ojcowie częściej czule dotykali swoje dziecko, ale również swojego partnera, zachowywali większą bliskość w przestrzeni, co sprzyjało podtrzymywaniu wzajemnego patrzenia na siebie członków relacji triadycznej. Niemowlęta natomiast charakteryzowały się mniejszym nasileniem negatywnego afektu. Przykładowe odczucia rodziny w sytuacji „kangurowania” ilustruje przykład pana W. i jego żony pani K.:

Pan W. opisał swoje doświadczenia w sytuacji pierwszego kontaktu „skóra do skóry” ze swoją córeczką: „pielęgniarka położyła mi małą A., ubraną w tetrową pieluszkę, na klatce piersiowej... małe się ruszała, ziewała, mrużyła oczy i spokojnie oddychała, trwało to może jakieś 20–30 minut, ale czułem się wtedy niezwykle szczęśliwy i dumny. To było takie poczucie obowiązku, że jest teraz kolejną osobą, którą muszę się opiekować i chronić”. Pani K., dla której był to pierwszy poród, opisując swoje wrażenia, podała, że podczas pierwszego „kangurowania” nie czuła jeszcze miłości do dziecka, była w zbyt wielkim szoku, aby odczuwać głębokie emocje, była zmęczona porodem, obolała, ale bliski kontakt z dzieckiem oraz partnerem działał na nią kojąco i uspokajająco, poczuła łączącą ich silną więź. Pani K. powiedziała, że podczas

kolejnych kontaktów „skóra do skóry” ona i córka stawały się sobie coraz bliższe: „czułam, że mogę dać jej ciepło, bezpieczeństwo i jedzenie [...] to jest taka więź intymna [...] czułam, że ona mnie potrzebuje, że tylko ja mogę ją uspić i uspokoić”.

Nawet gdy dziecko jest przez pewien czas odseparowane od rodzica (np. podczas pobytu w inkubatorze) „kangurowanie” przywraca matkom poczucie kontroli i bycia potrzebnymi w tej relacji. Badania Lai i in. (2006) wykazały korzystny wpływ muzyki podczas procesu „kangurowania” w diadzie matka-dziecko na reakcje przedwcześnie urodzonych niemowląt (dzieci te były mniej płacliwe i dłużej spały) oraz zmniejszenie reakcji lękowych u matek. Wystarczyło 60 minut dziennie przez trzy kolejne dni słuchania kołysanek podczas kontaktu „skóra do skóry”, aby ustabilizować stan behawioralny niemowlęcia i zmniejszyć nasilenie dystresu u matki. Furman i Kennell (2007) podkreślają ponadto znaczenie karmienia piersią w zmniejszeniu zachorowalności niemowląt urodzonych przedwcześnie, ich rozwoju neuropsychologicznego, jakości tworzącej się więzi między opiekunami a dzieckiem oraz satysfakcji kobiet z macierzyństwa. Wykazano, że karmienie piersią stanowi również istotny czynnik ochronny ryzyka maltretowania i zaniedbania dziecka – głównie ze strony matek (Strathearn, Mamun, Najman, O’Callaghan, 1997). W warunkach domowych szczególnie istotne wydaje się dbanie o podtrzymywanie bliskości wcześniaka i rodzica mimo częstych trudności behawioralnych pod postacią sztywności ciała dziecka, jego małej reaktywności na oddziaływania rodzica czy wręcz reagowania płaczem na kontakt. Rodzic może mieć poczucie odrzucenia przez dziecko, odbierać jego reakcje jako niechęć, a relację z dzieckiem jako „niesparowaną”. Matki dzieci urodzonych przedwcześnie często deklarują, że ich dzieci są płacliwsze, trudniej je uspokoić, są nadwrażliwe i reagują niechęcią na wiele zabiegów ze strony rodzica. Pomocne mogą okazać się różne formy masażu terapeutycznego, takiego jak np. masaż Shantala, który można wykonywać zarówno u dzieci zdrowych, jak i u tych z różnymi dysfunkcjami (będącymi częstym powikłaniem wcześniactwa). Dostarczane wrażenia czuciowe, będące wynikiem takiego masażu, stymulują rozwój fizyczny (m.in. ośrodkowego układu nerwowego poprzez powstawanie nowych połączeń neuronalnych i mielinizację włókien nerwowych) niemowlęcia, ale również korzystnie wpływają na jego stan psychiczny i emocjonalny (Żmichrowska, 2017). Tym samym oddziaływania te usprawniają rozwój fizyczny i psychiczny dziecka, ale wpływają także na wzmocnienie relacji pomiędzy rodzicem i dzieckiem. Mają zatem wpływ zarówno na obniżenie ryzyka krzywdzenia związanego ze stanem medycznym dziecka, ale także z ryzykiem związanym z dysfunkcjonalną relacją z rodzicem.

- **Zintegrowany system NIDCAP** (*Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*) – zindywidualizowany program opieki i oceny rozwoju noworodka). Inicjatorką takiego podejścia była Als z zespołem (2005), która propagowała ideę myślenia o wcześniakach nie jako o dzieciach rozwojowo „nieadekwatnych” czy „wybrakowanych”, ale o dzieciach, których funkcjonowanie jest adekwatne do ich wieku płodowego. W sytuacji nagłej, „przedwczesnej” zmiany środowiska wewnątrzmacicznego na środowisko oddziału intensywnej terapii, zmianom ulega system reagowania takiego noworodka. Niedostosowane oddziaływanie pod postacią nadmiernej stymulacji (światłem, procedurami, dźwiękami etc.) mogą wywoływać u dziecka dystres przybierający postać płaczu, niepokoju czy unikania. I przeciwnie – w sytuacji, w której działające bodźce są adekwatne do potrzeb i możliwości odbioru przez noworodka, jego zachowanie przyjmuje postać „zbliżania się”, dążenia do kontaktu. Program NIDCAP ma charakter całościowej opieki nad urodzonymi przedwcześnie dziećmi przebywającymi na oddziale i obejmuje wszystkie elementy organizacji oddziału. Punkt wyjścia stanowi tutaj obserwacja dziecka prowadzona przez odpowiednio przeszkolone i certyfikowane osoby z personelu medycznego. Celem takiej obserwacji jest określenie dynamiki zarówno dążeń dziecka do kontaktu, jak i unikania go (co stanowi przejaw samoregulacji) i na tej podstawie dostosowanie planu opieki (karmienia, zabiegów) do indywidualnego rytmu aktywności dziecka. Ponadto dokładnie analizuje się stadia rozwojowe, przez które dziecko przechodzi w środowisku pozamacicznym, jego sytuację medyczną (m.in. często występujące u wcześniaków powikłania) i rodzinną. Personel medyczny i rodzina uczą się, jak dbać o dziecko, aby zapewnić mu optymalny komfort oraz chronić przed nieadaptacyjnymi formami obronnymi, mogącymi doprowadzić do dezorganizacji zachowania i wycofania z relacji (Als i in., 2005; Chrzan-Dętkoś, 2012). Programy typu NIDCAP wpływają przede wszystkim na zmniejszenie ryzyka krzywdzenia dziecka, które jest związane z czynnikami medycznymi i psychologicznymi. Dzieci, które charakteryzują się lepszą samoregulacją swojego zachowania i emocji są łatwiejszymi partnerami interakcji dla rodziców, co sprzyja budowaniu pozytywnej relacji diadycznej lub triadycznej.
- **Opieka skoncentrowana na rodzinie** (*Family Centered Care*). Jak wskazuje Festini (2014), jest to sposób zapewnienia odpowiedniej opieki zdrowotnej, która postrzega hospitalizowanego noworodka jako część rodziny, a dopiero w dalszej kolejności jako pacjenta. Zatem plan opieki nad przedwcześnie urodzonym dzieckiem za najważniejsze uznaje włączenie rodziny w plan leczenia lub organizację rehabilitacji dziecka. Program ten zakłada sprawowanie opieki nad dzieckiem

przez rodziców, uznanie ich za ważną część zespołu terapeutycznego, a tym samym dzielenie wraz z rodzicami odpowiedzialności za przebieg leczenia dziecka. Zakłada również szacunek dla różnorodności rodzin i ich potrzeb. Opieka skoncentrowana na rodzinie zajmuje obecnie szczególną pozycję w promowanych standardach opieki neonatologicznej (tzw. złoty standard). Podkreśla się jej szczególną wartość dla wzmacniania więzi między rodziną a dzieckiem już od momentu narodzin aż do zakończenia hospitalizacji na oddziale neonatologicznym. Program ten przyczynia się więc przede wszystkim do zmniejszenia ryzyka krzywdzenia związanego z dysfunkcjami w relacji rodzic–dziecko.

- **Program wizyt domowych** (*Home Visiting Program*). Został opracowany przez zespół pod kierunkiem Ammanitiego (2006) i skierowany do matek charakteryzujących się dużym poziomem lęku. Polegał na wizytach domowych rozpoczynających się już w okresie ciąży. Celem interwencji było wspieranie responsywności matek na sygnały wysyłane przez niemowlę. W 3 miesiącu życia dzieci nie zaobserwowano różnic między rodzinami biorącymi udział w programie a grupą kontrolną. Jednak w 6 miesiącu życia dziecka wszystkie matki w grupie interwencyjnej osiągały istotnie wyższe wyniki na skali wrażliwości na sygnały niemowlęcia i współpracy z nim oraz niższe – na skali intruzywności i negatywnego afektu wobec dziecka. Ten typ interwencji przeciwdziała przede wszystkim czynnikiem ryzyka krzywdzenia związanym z trudnościami w relacji rodzic–dziecko.
- **Program prewencyjnych interwencji psychoterapeutycznych** (Brisch, Bechinger, Betzler, Heinemann, 2003) bazuje na połączeniu indywidualnych konsultacji psychologicznych i spotkań grupowych dla rodziców wcześniaków. Rodzice niemowląt z masą urodzeniową niższą niż 1500 g byli zapraszani do udziału w grupie wsparcia, odbywającej się raz na dwa tygodnie, indywidualnych sesjach psychoterapii, bazujących na teorii przywiązania i promujących rozwój ufnego przywiązania, oraz jednorazowej sesji wideofeedbacku i wizytach domowych. Rodzice w badanej grupie korzystali z 1–8 grupowych sesji terapeutycznych i z sesji indywidualnych. Celem interwencji było wspieranie radzenia sobie rodziców z sytuacją hospitalizacji dziecka oraz rozwoju ufnego przywiązania u dzieci. Zaobserwowano, że dzieci w grupie interwencyjnej – mimo wyższego odsetka powikłań neurologicznych – częściej cechowały się ufnym przywiązaniem, w porównaniu z dziećmi z grupy kontrolnej. Z interwencji skorzystały bardziej dzieci o większym ryzyku medycznym oraz ich rodzice: dzieci z uszkodzeniami neurologicznymi istotnie częściej płaczą, mogą być drażliwsze i trudniejsze do uspokojenia, przez co znajdują się w grupie ryzyka lękowego przywiązania. Podobnie jak w przypadku Programu wizyt domowych ten typ oddziaływań skierowany jest na zmniejszenie ryzyka krzywdzenia związanego z trudnościami w relacji rodzic–dziecko.

- **Program wspierających wizyt domowych** (*Supportive Home Visitor Services*), zastosowany w badaniu przez Beckwith (1988), skierowany do rodziców o niskim statusie ekonomicznym (niskich dochodach), posiadających dzieci chore, noworodki o masie urodzeniowej równej 2000 g lub niższej oraz dzieci urodzone przed 35 t.c. Program, który realizowano przez 13 miesięcy, obejmował zindywidualizowaną, ukierunkowaną na rodziców interwencję, koncentrującą się na udzielaniu konkretnej pomocy w zakresie dostarczenia ubrań i zabawek, świadczenia usług transportowych, rozwijania umiejętności obserwacyjnych u rodziców i pomagania im w rozpatrywaniu rozwoju ich dziecka w szerszym kontekście normalnego rozwoju. Program był realizowany przez pielęgniarkę pediatryczną i edukatora wczesnego rozwoju dziecka zarówno w szpitalu, jak i w domu. Po 13 miesiącach porównano grupy interwencyjną i kontrolną. Zarówno w jednej, jak i drugiej grupie zaobserwowano, że 51% przypadków relacji rodzic-dziecko charakteryzowało bezpieczne przywiązanie. Ten typ oddziaływań ma przeciwdziałać czynnikom ryzyka związanym z nieprawidłowościami w relacji rodzic-dziecko.

Podsumowując, przemoc doświadczona w dzieciństwie jest związana zarówno z indywidualnym cierpieniem jednostki, jak i społecznymi oraz ekonomicznymi kosztami ponoszonymi przez społeczeństwa (WHO, 2010). Świadomość czynników ryzyka oraz wczesne interwencje, takie jak te przedstawione w artykule, mogą pełnić funkcję ochronną zarówno rozwoju poznawczo-emocjonalnego niemowląt, jak i ich późniejszego bezpieczeństwa w rodzinie. Ważna jest świadomość pracowników socjalnych oraz personelu medycznego dotycząca zwiększonego ryzyka przemocy wobec wcześniaków. Rodzice, którzy już w okresie ciąży i po porodzie doświadczają większego stresu i otrzymują mniej wsparcia, są w grupie ryzyka zaniedbywania lub krzywdzenia swoich przedwcześnie urodzonych dzieci. Włączanie rodziców do opieki nad chorym noworodkiem, umożliwienie konsultacji z psychologiem czy współpraca personelu medycznego z asystentem rodziny mogą być czynnikami zwiększającymi szansę na rozwój ufnych relacji i minimalizującymi ryzyko przemocy wobec dzieci.

E-maile autorek: walczak.tamara@gmail.com, psymcd@ug.edu.pl.

BIBLIOGRAFIA

- Als, H., Butler, S., Kosta, S., McAnulty, G. (2005). The Assessment of Preterm Infants' Behavior (APIB): furthering the understanding and measurement of neurodevelopmental competence in preterm and full-term infants. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 11(1), 94–102. DOI: <https://doi.org/10.1002/mrdd.20053>.
- Ammaniti, M., Speranza, A. M., Tambelli, R., Muscetta, S., Lucarelli, L., Vismara, L., ..., Cimino, S. (2006). A prevention and promotion intervention program in the field of mother–infant relationship. *Infant Mental Health Journal*, 27(1), 70–90.
- Beckwith, L. (1988). Intervention with disadvantaged parents of sick preterm infants. *Psychiatry*, 51(3), 242–247.
- Brisch, K. H., Bechinger, D., Betzler, S., Heinemann, H. (2003). Early preventive attachment-oriented psychotherapeutic intervention program with parents of a very low birthweight premature infant: Results of attachment and neurological development. *Attachment Human Development*, 5(2), 120–135. DOI: <https://doi.org/10.1080/1461673031000108504>.
- Bugental, D. B., Happaney, K. (2004). Predicting infant maltreatment in low-income families: the interactive effects of maternal attributions and child status at birth. *Developmental Psychology*, 40(2), 234–243. DOI: <https://doi.org/10.1037/0012-1649.40.2.234>.
- Chrzan-Dętkoś, M. (2012). *Wcześnieki. Rozwój psychoruchowy w pierwszych latach życia*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Chrzan-Dętkoś, M., Walczak, T. (2017). Uzależnieni rodzice – narażone dziecko. Zakłócenia w funkcjonowaniu uzależnionych matek w relacji z niemowlętami oraz możliwość skutecznej pomocy. *Psychoterapia*, 2(181), 21–36.
- Daly, M., Wilson, M. (1985). Child abuse and other risks of not living with both parents. *Ethology and Sociobiology*, 6(4), 197–210. DOI: [https://doi.org/10.1016/0162-3095\(85\)90012-3](https://doi.org/10.1016/0162-3095(85)90012-3).
- Daly, M., Wilson, M. (1988). Evolutionary social psychology and family homicide. *Science*, 242(4878), 519–524. DOI: <https://doi.org/10.1126/SCIENCE.3175672>.
- Daro, D., McCurdy, K. (1995). Preventing child abuse and neglect: programmatic interventions. *Child Welfare*, 73(5), 405–430.
- Dröscher, V. B. (1997). *Rodzinne gniazdo: jak zwierzęta rozwiązują swoje problemy rodzinne*. Warszawa: Cyklady.
- Feldman, R., Weller, A., Sirota, L., Eidelman, A. I. (2003). Testing a family intervention hypothesis: the contribution of mother-infant skin-to-skin contact (kangaroo care) to family interaction, proximity, and touch. *Journal of Family Psychology*, 17(1), 94.

- Festini, F. (2014). Family-centered care. *Italian Journal of Pediatrics*, 40(1), A33.
- Frodi, A. M., Lamb, M. E. (1980a). Child abusers' responses to infant smiles and cries. *Child Development*, 51(1), 238. DOI: <https://doi.org/10.2307/1129612>.
- Frodi, A. M., Lamb, M. E. (1980b). Infants at risk for child abuse. *Infant Mental Health Journal*, 1(4), 240–247. DOI: [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(198024\)1:4<240::AID-IMHJ2280010407>3.0.CO;2-H](https://doi.org/10.1002/1097-0355(198024)1:4<240::AID-IMHJ2280010407>3.0.CO;2-H).
- Furman, L., Kennell, J. (2007). Breastmilk and skin-to-skin kangaroo care for premature infants. Avoiding bonding failure. *Acta Paediatrica*, 89(11), 1280–1283. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2000.tb00751.x>.
- Goldberg, S., DiVitto, B. (2005). Parenting children born preterm. *Handbook of parenting*, 1, 329–354.
- Helwich, E., Rokita, M. (2017). Neonatolodzy i pediatrizy powinni współpracować. *Ogólnopolski Przegląd Medyczny*, 3, 26–29.
- Johnston, C. C., Fernandes, A. M., Campbell-Yeo, M. (2011). Pain in neonates is different. *Pain*, 152(Supplement), S65–S73. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.10.008>.
- Kinney, H. C. (2006). The near-term (late preterm) human brain and risk for periventricular leukomalacia: a review. *Seminars in Perinatology*, 30(2), 81–88. DOI: <https://doi.org/10.1053/J.SEMPERI.2006.02.006>.
- Lai, H.-L., Chen, C.-J., Peng, T.-C., Chang, F.-M., Hsieh, M.-L., Huang, H.-Y., Chang, S.-C. (2006). Randomized controlled trial of music during kangaroo care on maternal state anxiety and preterm infants' responses. *International Journal of Nursing Studies*, 43(2), 139–146. DOI: <https://doi.org/10.1016/J.IJNURSTU.2005.04.008>.
- Lee, E. S., Yeatman, J. D., Luna, B., Feldman, H. M. (2011). Specific language and reading skills in school-aged children and adolescents are associated with prematurity after controlling for IQ. *Neuropsychologia*, 49(5), 906–913. DOI: <https://doi.org/10.1016/J.NEUROPSYCHOLOGIA.2010.12.038>.
- Masho, S. W., Cha, S., Chapman, D. A., Chelmwow, D. (2017). Understanding the role of violence as a social determinant of preterm birth. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 216(2), 183.e1–183.e7. DOI: [10.1016/j.ajog.2016.10.001](https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.10.001).
- Montauti, F. (1986). Some considerations on the mother–premature child relation. *Psichiatria Dell'infanzia e Dell'adolescenza*, 53, 703–711.
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 9(11), e1001349.
- Olds, D. L., Sadler, L., Kitzman H. (2007). Programs for parents of infants and toddlers: recent evidence from randomized trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 48, 355–391.

- Peters, J. W. B., Schouw, R., Anand, K. J. S., van Dijk, M., Duivenvoorden, H. J., Tibboel, D. (2005). Does neonatal surgery lead to increased pain sensitivity in later childhood? *Pain*, 114(3), 444–454. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pain.2005.01.014>.
- Pierrehumbert, B., Frascarolo, F., Bettschart, W., Plancherel, B., Melhuish, E. C. (1991). A longitudinal study of infant's social-emotional development and the implications of extra- parental care. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 9(2–3), 91–103. DOI: <https://doi.org/10.1080/02646839108403662>.
- Pierrehumbert, B., Ramstein, T., Karmaniola, A., Miljkovitch, R., Halfon, O. (2002). Quality of child care in the preschool years: A comparison of the influence of home care and day care characteristics on child outcome. *International Journal of Behavioral Development*, 26(5), 385–396. DOI: <https://doi.org/10.1080/01650250143000265>.
- Spencer, N., Wallace, A., Sundrum, R., Bacchus, C., Logan, S. (2006). Child abuse registration, fetal growth, and preterm birth: a population-based study. *Journal of epidemiology and community health*, 60(4), 337–340.
- Spruijt, A. M., Dekker, M. C., Ziermans, T. B., Swaab, H. (2018). Attentional control and executive functioning in school-aged children: Linking self-regulation and parenting strategies. *Journal of Experimental Child Psychology*, 166, 340–359. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jecp.2017.09.004>.
- Strathearn, L., Mamun, A. A., Najman, J. M., O'Callaghan, M. J. (1997). Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics*, 100(6), 1035–1039. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.100.6.1035>.
- Sullivan, P. M., Knutson, J. F. (2000). Maltreatment and disabilities: a population-based epidemiological study. *Child Abuse & Neglect*, 24(10), 1257–1273. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(00\)00190-3](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00190-3).
- Świetliński, J., Musialik-Świetlińska, E., Kosmala, K., Pietras, K., Wilk-Tyl, J. (2017). *Neonatologia i opieka nad noworodkiem*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Walczak, T. Z., Chrzan-Dętkoś, M. (2017). Nasilenie lęku i objawów zespołu stresu pourazowego u matek a rozwój poznawczy ich przedwcześnie urodzonych dzieci. *Developmental Period Medicine*, XX1(4), 393–401.
- Walczak, T. Z., Chrzan-Dętkoś, M. (2018). Hot and cool executive functions in very and extremely preterm preschool children. *Health Psychology Report*, 6(1), 40–49. DOI: <https://doi.org/10.5114/hpr.2018.71436>.
- Winnicott, D. W. (1896-1971). (2010). *Dziecko, jego rodzina i świat*. Oficyna Ingenium.
- Włodarczyk, J. (2013). Przemoc rówieśnicza. Wyniki Ogólnopolskiej diagnozy problemu przemocy wobec dzieci. *Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 12(3), 63–82.
- Zirpoli, T. J. (1986). Child abuse and children with handicaps. *Remedial and Special Education*, 7(2), 39–48. DOI: <https://doi.org/10.1177/074193258600700208>.

Żmichrowska, M. J. (2017). Wpływ masażu na rozwój psychofizyczny niemowląt - siła dotyku. *Zeszyty Pedagogiczno-Medyczne*, 44(5), 257–261.

PREVENTING VIOLENCE AND SUPPORTING RELATIONSHIP OF PRETERM CHILD AND CAREGIVERS

Premature children represent about 6–7% of all babies born in Poland. Although the rapid development of medical technology and neonatology owes a definite increase in survival rate of children born extremely prematurely, more and more frequently questions about further development of these children are raised, both in terms of a child's individual development and its impact on the whole family system. According to research, children born prematurely and children with a diagnosis of intrauterine growth restriction more often experience various forms of violence from caregivers and/or other adults, than children born at term. It is known that mothers of children born prematurely more often, compared to the mothers of children born at term, present with a high level of fear, anxiety and even symptoms of post-traumatic stress disorder. Disappointment resulting from a very large discrepancy between the expected motherhood and the situation of premature labor strengthens the negative psychological state of a parent. The parental attitudes formed on this basis and the educational methods, used by parents, may not be conducive to the optimal development of a premature child. Difficult behaviors of the child, the need for greater sacrifices of parents, under unfavorable socio-economic conditions, may constitute a significant risk factor of child abuse. This publication deals with the issue of prematurity as a risk factor for abuse and describes exemplary prevention and intervention programs, supplemented with examples from our own practice.

KEYWORDS:

PREMATURITY, PRETERM CHILD, CHILD ABUSE

Cytowanie:

Walczak-Kozłowska, T., Chrzan-Dętkoś, M. (2019). Zapobieganie przemocy i wspieranie relacji wcześniak–opiekunowie. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 18(2), 59–75.



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