

Hanna Kubiak

ORCID: 0000-0002-1795-8528

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Sytuacja dziecka rodziców z zaburzeniami psychicznymi

The situation of children of parents with mental disorders

Abstract

The text concerns the situation of children brought up by parents with mental disorders. It is estimated that about 1/5–1/4 of children's population experiences such a burden. Problems affecting children from the above-mentioned group may concern various spheres of family life: attachment to parents, their involvement in school duties and spending time together, care for hygiene, health and order, relationships with extended family and friends, socio-economic context of development or participation in professional life, the benefits of which go beyond the question of material status. This text discusses selected developmental risk factors for children of parents with mental disorders. The factors were divided into categories: risk factors concerning: creating attachment with parents and emotional or social consequences related to the quality of these bonds, functioning in a wider social system, socio-economic situation of families, and finally factors related to parent's hospitalization. The text describes the difficulties experienced by children of parents with mental disorders, but it is clear that the quality of their lives depends on the combination of risk and protection factors, on the system of burdens and resources.

Keywords

mental disorders of parents; attachment; risk factors

Wolałbym być dzieckiem matki, która boryka się z wewnętrznymi konfliktami, niż takiej, dla której wszystko jest łatwe i proste.

D.W. Winnicott

Wychowywanie dzieci stanowi wyzwanie dla wszystkich rodziców, jednak szczególnie wymagające może okazać się dla tych, którzy zmagają się z zaburzeniami psychicznymi¹. Jak pokazują badania², przynajmniej połowa osób z tej grupy wychowuje nieletnie dzieci³. Szacuje się, że niemal co czwarte dziecko (około 21–23%) jest wychowywane przez rodzica z zaburzeniami psychicznymi⁴. Oznacza to, że ono również może doświadczać problemów w przebiegu swojego rozwoju, które związane są z różnymi konsekwencjami rodzicielskich zaburzeń. Co ważne, ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych w tej grupie dzieci jest większe niż w innych⁵. Na to ryzyko składają się nie tylko efekty dziedziczenia biologicznego i społecznego⁶, lecz także sposób, w jaki dzieci przeżywają sytuację trudną i towarzyszące jej czynniki, takie jak wsparcie doświadczane przez dzieci w szkole czy relacje z rówieśnikami.

Problemy dotyczące dzieci ze wskazanej grupy mogą dotyczyć różnych sfer życia rodzinnego: intymnej więzi z rodzicami, ich zaangażowania w obowiązki szkolne i we wspólne spędzanie czasu, dbałości o higienę, zdrowie i porządek, związku z rodziną dalszą i przyjaciółmi, socjoekonomicznego kontekstu rozwoju czy uczestnictwa w życiu zawodowym, z którego korzyści wykraczają poza kwestię statusu materialnego⁷.

¹ P.C. van der Ende, J.T. van Busschbach, J. Nicholson, E.L. Korevaar, J. van Weeghel, *Parenting and psychiatric rehabilitation: Can parents with severe mental illness benefit from a new approach?*, „Psychiatric Rehabilitation Journal” 2014, 37(3), s. 201–208.

² Mowa tu o badaniach dotyczących krajów niderlandzkich. Odsetek ten jest jeszcze wyższy w USA. Z kolei w Polsce podaje się, że ok. 900 tys. dzieci jest wychowywanych przez rodziców z zaburzeniami psychicznymi, por. Ł. Wiczorek, J. Wciórka, J. Stokwiszewski, B. Wojtyniak, A. Kiejna, T. Adamowski, J. Moskalewicz, *Dzieci rodziców z zaburzeniami psychicznymi i behawioralnymi związanymi z używaniem alkoholu. Komunikat z ogólnopolskich badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”*, „Alcoholism and Drug Addiction” 2015, 28, s. 193–197.

³ J. Nicholson, K. Biebel, V.F. Williams, J. Katz-Leavy, *The prevalence of parenthood in adults with mental illness: Implications for state and federal policy, programs, and providers*, [w:] R.W. Manderscheid, M.J. Henderson (red.), *Center for Mental Health Services, Mental Health, United States, 2002*, Rockville, Maryland 2004, rozdz. 10, s. 120–137.

⁴ Maybery, Reupert, Patrick, Goodyear, Crase, 2005, za: A.E. Reupert, D. Maybery, *Families affected by parental mental illness: A multiperspective account of issues and interventions*, „American Journal of Orthopsychiatry” 2007, 77(3), s. 362–369.

⁵ C. Grové, J. Riebschleger, A. Bosch, D. Cavanaugh, P.C. van der Ende, *Expert views of children's knowledge needs regarding parental mental illness*, „Children and Youth Services Review” 2017, 79, s. 249–255.

⁶ L.R. Benjamin, R. Benjamin, B. Rind, *The parenting experiences of mothers with dissociative disorders*, „Journal of Marital and Family Therapy” 1998, 24(3), s. 337–354.

⁷ A. Luciano, J. Nicholson, E. Meara, *The economic status of parents with serious mental illness in the United States*, „Psychiatric Rehabilitation Journal” 2014, 37(3), Special Issue: *Parents with psychiatric disabilities*, s. 242–250.

Oczywiście kompetencje rodziców związane z powyższymi zadaniami, także w przypadku, kiedy są oni dotknięci zaburzeniami psychicznymi, różnią się w zależności od osoby, uwarunkowań temperamentalnych, osobowościowych, rodzaju i stopnia natężenia zaburzeń, a także kontekstu, w jakim przebiega życie tych osób. W tym jednak miejscu zadajemy sobie pytanie, w jaki sposób wystąpienie u rodzica zaburzeń psychicznych może wpłynąć na sytuację dziecka.

Poniżej zostanie pokrótce omówione ryzyko rozwojowe dotyczące dziecka, którego rodzic przejawia zaburzenia psychiczne. Warto zaznaczyć, że ryzyko to było dostrzeżone już w latach 30. XX wieku⁸, stosunkowo wiele badań w tym obszarze prowadzono w latach 90.⁹, a w ostatnim czasie badacze poświęcają temu zagadnieniu jeszcze więcej uwagi¹⁰.

Zaburzenia psychiczne są dość szerokim pojęciem, obejmującym również szerokie spektrum problemów i towarzyszących im objawów. W tym miejscu przyjęto najbardziej ogólny ich podział, „zbierający” kategorie wyróżnione w DSM-V i ICD-11, tj. zaburzenia neuropoznawcze, neurorozwojowe, psychozy, zaburzenia emocjonalne, eksternalizacyjne, zaburzenia funkcji organizmu, np. odżywiania czy snu¹¹, a także uzależnienia. Różne typy zaburzeń wiążą się ze skrajnie odmiennymi – z perspektywy dziecka – objawami. Wystarczy porównać na przykład zaburzenia snu, skutkujące zmęczeniem czy obniżonym nastrojem¹², które często są dla dziecka oczywiste i zrozumiałe, z wytwórczymi objawami psychozy, które niemal zawsze budzą lęk, dezorientację i niezrozumienie członków rodziny, w tym także – lub przede wszystkim – dzieci. Trzeba też nadmienić, że – w zależności od przebiegu zaburzenia – rodzina boryka się z objawami w sposób ciągły lub doświadcza ich z mniejszą częstotliwością.

Dostrzegając te fundamentalne nieraz różnice w sytuacji rodzin, a także rodzaj i natężenie problemów z obszaru zdrowia psychicznego w nich występujących, pragnę skoncentrować się w niniejszym tekście na czynnikach, które mogą dotyczyć dzieci i ich rodziców z różnymi zaburzeniami psychicznymi. Co istotne, występowanie tych zaburzeń u rodziców predysponuje dzieci do osiągnięcia niższego niż w innych przypadkach poziomu ważnych kompetencji emocjonalnych

⁸ G.H. Preston, R. Antin, *A study of children of psychotic children*, „American Journal of Orthopsychiatry” 1932, 2(3), s. 231–241.

⁹ Na przykład: D. Elliott, J.D. Guy, *Mental health professionals versus non-mental-health professionals: Childhood trauma and adult functioning*, „Professional Psychology: Research and Practice” 1993, 24(1), s. 83–90.

¹⁰ E. Fudge, P. Robinson, *A public health approach to promoting better mental health outcomes for children of parents with a psychiatric disability*, „Psychiatric Rehabilitation Journal” 2009, 33(2), s. 83–90.

¹¹ J. Morrison, *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*, przeł. R. Andruszko, Kraków 2016.

¹² S. Wilson, D. Nutt, *Sleep disorders*, Oxford 2008.

i społecznych^{13, 14}. Ponadto wiąże się z wyższym ryzykiem występowania różnorodnych problemów w ich zachowaniu i relacjach z innymi czy szeroko pojętych problemów emocjonalnych i dotyczących sfery zdrowia psychicznego w okresie całego życia¹⁵. Może niekiedy wiązać się również z ryzykiem uzależnień¹⁶. Najprawdopodobniej czynniki istotne z punktu widzenia zwiększania ryzyka rozwoju tych niekorzystnych sytuacji są związane zarówno z procesami dziedziczenia biologicznego, jak i z kształtowaniem się nieadaptacyjnych schematów myślenia i przeżywania emocji, których dziecko uczy się m.in. w rodzinie¹⁷.

Analiza tych zdarzeń jest zatem bardzo ważna dla zrozumienia złożoności problemu społecznego o dużym zasięgu i powinna poprzedzać planowanie działań profilaktycznych.

Poniżej zostanie naszkicowany obraz sytuacji ryzyka rozwojowego dzieci rodziców z zaburzeniami psychicznymi, przy czym zostaną uwzględnione:

- 1) czynniki związane z kształtowaniem się i przebiegiem relacji przywiązaniowej oraz szerzej – z rozwojem emocjonalnym, poznawczym i społecznym dziecka;
- 2) czynniki wpływające na funkcjonowanie rodziny (w szerszym systemie – rodziny rozszerzonej i przyjaciół);
- 3) czynniki socjoekonomiczne;
- 4) doświadczanie kryzysu związanego z hospitalizacją rodzica.

Rozwój przywiązania

Współcześnie w naukach społecznych powszechny jest pogląd, że więź z rodzicem stanowi fundament rozwoju dziecka. Jak twierdzi Daniel J. Siegel¹⁸, umysł młodej osoby wyłania się z aktywności mózgu, która jest kształtowana przez doświadczenie interpersonalne. Jakość tego doświadczenia jest zatem kluczowym czynnikiem

¹³ Na przykład kluczowa kompetencja samoregulacji związana z umiejętnością regulowania napięcia, odnajdowania się w grupie, dostosowania się do wymogów społecznych i inne.

¹⁴ A. Maughan, D. Cicchetti, S. Toth, F. Rogosch, *Early-occurring maternal depression and maternal negativity in predicting young children's emotion regulation and socioemotional difficulties*, „Journal of Abnormal Child Psychology” 2007, 35(5), s. 685–703.

¹⁵ M.D. Sherman, *Reaching out to children of parents with mental illness* [wersja elektroniczna], „Social Work Today” 2007, 7(5), s. 26–30.

¹⁶ C.T. Mowbray, D. Oyserman, *Substance abuse in children of parents with mental illness: Risks, resiliency, and best prevention practices*, „Journal of Primary Prevention” 2003, 23(4), s. 451–482.

¹⁷ H. Kubiak, *Relacja między adolescentami z zaburzeniami psychicznymi a ich rodzicami w świetle teorii przywiązania*, [w:] K. Lubiewska (red.), *Przywiązanie. Związki intymne, osobowość oraz problematyka kliniczno-terapeutyczna*, Bydgoszcz 2017, s. 131–145.

¹⁸ D.J. Siegel, *Rozwój umysłu. Jak stajemy się tym, kim jesteśmy*, przeł. R. Andruszko, Kraków 2009.

określającym kontekst dziecięcego rozwoju. Biologia wyznacza jedynie ramy potencjalnego rozwoju dziecka, ale realizacja zapisanych w programie genetycznym możliwości zależy od doświadczenia interpersonalnego, zwłaszcza opierającego się na więzi dziecka z opiekunami¹⁹. Już Erik H. Erickson wskazywał, że przeżycia niemowlęcia związane z matczynym (opiekuńczym) ciepłem, wsparciem, zdolnością do regulowania emocji stanowią zręby podstawowej ufności *versus* nieufności, a zatem wyznaczają szlaki rozwoju ludzkich emocji, przekonań i zachowań²⁰. W przebiegu psychicznych zaburzeń, w zależności od ich rodzaju, osoby nimi dotknięte prezentują zróżnicowane, nieadaptacyjne przekonania o sobie, innych i świecie²¹. I tak na przykład w przebiegu zaburzeń lękowych charakterystyczne są przekonania o zagrażającym świecie, zaś w depresji – o własnej samotności wśród ludzi. Jeżeli rodzice nie doświadczają zaufania do siebie, innych i świata trudno im będzie zbudować taką ufność również w dziecku.

John Bowlby i Mary Ainsworth oraz mniej znany kanadyjski badacz William E. Blatz, a potem kolejni naukowcy kontynuujący rozwój koncepcji przywiązania wskazują jasno, że więź między dzieckiem a tzw. figurą przywiązania, podstawowym opiekunem, stanowi matrycę wszystkich innych relacji²². W.E. Blatz, podobnie jak J. Bowlby, podkreślał rolę stabilnej matki jako bezpiecznej bazy w przebiegu rozwoju dziecka²³. Ponieważ to rodzic jest tą osobą, która pomaga młodemu człowiekowi wkroczyć w świat relacji międzyludzkich, dlatego to jego zdolność do bycia z dzieckiem jest kluczowym czynnikiem odpowiedzialnym za jakość kształtującej się więzi. Dziecko potrzebuje wrażliwego, stabilnego opiekuna, by więź ukształtowała się w sposób optymalny i bezpieczny z punktu widzenia przebiegu rozwoju²⁴. W przebiegu zaburzeń psychicznych, w których stan emocjonalny różni się od typowego, a niekiedy (np. w przebiegu ChAD) ulega zmianom nawet w ciągu dnia, trudno mówić o emocjonalnej stabilności rodzica. Warunkiem „urucho-

¹⁹ S. Jennings, *Healthy attachments and neuro-dramatic-play*, London 2011.

²⁰ E.H. Erikson, *Tożsamość a cykl życia*, przeł. M. Żywicki, Poznań 2004.

²¹ Te przekonania w myśl koncepcji poznawczo-behawioralnej stanowią oś psychicznych zaburzeń. A. Popiel, E. Pragłowska, *Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka*, Warszawa 2008.

²² L. van Rosmalen, F.C.P. van der Horst, R. van der Veer, *From secure dependency to attachment: Mary Ainsworth's Integration of Blatz's security theory into Bowlby's attachment theory*, „History of Psychology” 2016, 19(1), s. 22–39.

²³ Przy czym J. Bowlby rozróżniał funkcję bezpiecznej przystani (źródła bezpieczeństwa) i bazy (punktu wyjścia do eksploracji świata zewnętrznego), natomiast W.E. Blatz wskazywał, że bezpieczeństwo odczuwane w kontakcie z „bazą” (tj. matką) staje się źródłem poczucia bezpieczeństwa w świecie w ogóle; por. L. van Rosmalen, F.C.P. van der Horst, R. van der Veer, *From secure dependency to attachment...*, *op. cit.*

²⁴ *Ibidem*.

mienia” wrażliwości jest dostępność rodzica, jego skupienie na sprawach dziecka, a w przebiegu zaburzeń psychicznych owa dostępność jest ograniczona²⁵.

Jednym z podstawowych zadań dorosłego w procesie rozwoju jest przyjmowanie różnorodnych stanów dziecięcego umysłu, odzwierciedlanie ich i regulowanie. Młody człowiek, obserwując rodzica, który „odgrywa” jego (tj. dziecięce) emocje²⁶ i reaguje na nie, nabiera przekonania o ich istocie i znaczeniu, jak wskazywał Donald W. Winnicott²⁷. Z twarzy matki „odczytuje” własne emocje, a następnie w kontakcie z nią uczy się dostosowywać poziom napięcia do sytuacji. Dla dorosłego przeżywającego świat w zniekształcony zaburzeniem sposób może okazać się niemożliwe właściwe odczytanie i odtworzenie dziecięcych emocji²⁸.

Oczywiste jest, że różni rodzice przejawiają różne poziomy wrażliwości, a co za tym idzie – są mniej lub bardziej zdolni do okazywania dziecku empatii i zrozumienia²⁹. Prowadzą je tym samym do różnych typów więzi przywiązaniowej – bezpiecznej lub pozabezpiecznej. Klasyfikacja więzi wiąże się z szerokim spektrum rozwojowego potencjału, pozostaje bowiem w związku z przebiegiem rozwoju emocjonalnego, poznawczego i społecznego³⁰, a zatem także z potencjałem zdrowia psychicznego rozwijającej się osoby.

Naturalne jest również to, że gotowość dorosłego do tworzenia bezpiecznej więzi z niemowlęciem wynika z różnic osobniczych i nie zawsze osiąga ten sam poziom. Jest ona uzależniona nie tylko od charakterystyki ludzkiego gatunku³¹, lecz także od cech jednostkowych i kontekstu (tj. szeroko rozumianych warunków), w którym ma zaistnieć proces tworzenia relacji przywiązaniowej. Za czynniki sprzyjające można uznać dobry, wspierający związek i silną więź między rodzicami dziecka, przyjazną rodzinę rozszerzoną, bezpieczeństwo socjoekonomiczne, a także – co szczególnie istotne w tym kontekście – zdrowie psychiczne i fizyczne rodziców oraz dziecka³². Występowanie u opiekunów dziecka zaburzeń psychicz-

²⁵ D. Oyserman, C.T. Mowbray, P. Allen-Meares, K.B. Firminger, *Parenting among mothers with a serious mental illness*, „American Journal of Orthopsychiatry” 2000, 70(3), s. 296–315.

²⁶ Sue Jennings używa pojęcia *neuro-dramatic play*.

²⁷ D.W. Winnicott, *Dziecko, jego rodzina i świat*, przeł. A. Bartosiewicz, Warszawa 1993 (pierwsze wydanie angielskie – 1963).

²⁸ A.E. Reupert, D. Maybery, *Families affected by parental mental illness...*, *op. cit.*

²⁹ F. Juffer, M.J. Bakermans-Kranenburg, M. van IJzendoor, *Promoting positive parenting: An attachment – based intervention*, New York–London 2007.

³⁰ H.R. Schaffer, *Rozwój społeczny – dzieciństwo i młodość*, przeł. M. Białecka-Pikul, K. Sikora, Kraków 2006.

³¹ W teorii J. Bowlby’ego zaakcentowano biologiczne podłoże więzi i zapisaną w programie genetyczną gotowość do jej tworzenia (J. Bowlby, *Przywiązanie*, przeł. M. Polaszewska-Nicke, Warszawa 2007, pierwsze wydanie – 1969).

³² V. Cowling (red.), *Children of parents with mental illness, 2: Personal and clinical perspectives*, Melbourne 2004.

nych stanowi bezpośredni czynnik ryzyka ze względu na objawy zaburzenia, ponadto z dużym prawdopodobieństwem wpisuje się w koło negatywnych sprzężeń zwrotnych i w konsekwencji może prowadzić do problemów w relacjach międzyludzkich, a także w życiu zawodowym. Często wiąże się więc z trudnościami ekonomicznymi i społecznymi, które współtworzą kontekst kształtowania relacji między dzieckiem a rodzicami, czy szerzej – kontekst wychowawczy.

Jak wspomniano wyżej, dorośli wspomagają dziecko w procesie zdobywania doświadczenia³³, a więc między obydwojema podmiotami pełni funkcję „pierwotnego regulatora i organizatora zjawisk emocjonalnych, poznawczych, fizjologicznych i neuropsychologicznych”^{34, 35}. Może to być bardzo trudne lub niemożliwe w przebiegu niektórych zaburzeń psychicznych, zwłaszcza w ostrej ich fazie. Responsywność rodzica jest kluczowa z punktu widzenia rozwoju bezpiecznej więzi między nim a dzieckiem, poczucia bycia wspieranym, a więc ważnym i bezpiecznym, przebiegu rozwoju społecznego dziecka, a także rozwijającego się u niego poczucia umiejscowienia kontroli i skuteczności czy wreszcie – zupełnie podstawowego przekonania o przyjazności świata i życzliwości innych³⁶. Ponieważ podstawowym warunkiem responsywności jest uważność na potrzeby dziecka, wrażliwość i gotowość do zaangażowania się, rodzice z zaburzeniami psychicznymi – w zależności od ich rodzaju – mogą mieć trudności z uruchomieniem tych zasobów. Przeżywane przez nich cierpienie może być przyczyną zawężonego spostrzegania, a naturalne w tej sytuacji skupienie się na własnych emocjach nie zawsze pozwala dostrzec emocje młodego człowieka.

Reasumując: zaburzenia psychiatryczne rodziców mogą negatywnie wpływać na ich gotowość do tworzenia bezpiecznej więzi³⁷, co ma podstawowe znaczenie dla przebiegu rozwoju dziecka we wszystkich jego sferach. Dotyczy to nie tylko okresu, w którym najintensywniej kształtuje się więź (tj. do 36. miesiąca życia), ale także późniejszego. To rodzic bowiem zapewnia dziecku opiekę emocjonalną, pod warunkiem własnej dostępności i zaangażowania, a te warunki mogą nie być spełnione w sytuacji doświadczania zaburzeń psychicznych³⁸. W efekcie może dojść do

³³ J. Siegel, *Rozwój umysłu. Jak stajemy się tym, kim jesteśmy*, op. cit.

³⁴ D. Kopeć, H. Kubiak, *Metoda Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD) w pracy terapeutycznej z rodzicami dzieci z grupy ryzyka rozwojowego*, „Studia Edukacyjne” 2018, (49), s. 315–333.

³⁵ M. Stawicka, D. Górka, *Mentalizacja w kontekście przywiązania*, [w:] L. Cierpiałkowska, D. Górka (red.), *Mentalizacja z perspektywy rozwojowej i klinicznej*, Poznań 2016, s. 42–64.

³⁶ W. Cook, M. Dezangré, J. De Mol, *Sources of perceived responsiveness in family relationships*, „Journal of Family Psychology” 2018, 32(6), s. 743–752.

³⁷ A.E. Reupert, D. Maybery, *Families affected by parental mental illness...*, op. cit.

³⁸ D. Oyserman, C.T. Mowbray, P. Allen-Meares, K.B. Firminger, *Parenting among mothers...*, op. cit.

zakłócenia ścieżki rozwoju emocjonalnego, którego przejawem może być np. parentyfikacja, tj. przejście przez dzieci nadmiernej odpowiedzialności za rodzinę³⁹.

To ryzyko rozwojowe jest coraz powszechniej dostrzegane, co sprawia, że podejmuje się działania mające na celu wzmocnienie czynników protekcyjnych, które mogą zmodyfikować prawdopodobieństwo wystąpienia negatywnych skutków zaburzeń psychicznych rodzica dla przebiegu rozwoju dziecka⁴⁰. Wyrazem tego są m.in. powstające programy dla rodziców z zaburzeniami psychicznymi i ich dzieci ukierunkowane na promowanie bezpiecznej więzi, wspomaganie rozwoju kompetencji społecznych i emocjonalnych u obu podmiotów⁴¹.

W ten nurt wpisuje się również ViPP-SD (*Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting and Sensitive Discipline*)⁴².

Funkcjonowanie rodziny (w szerszym systemie – rodziny rozszerzonej i przyjaciół)

Jedną z konsekwencji doświadczania zaburzenia psychicznego jest głęboko odczuwana samotność⁴³, poczucie izolacji⁴⁴. Wynika ona częściowo z istoty objawów. Na przykład w przebiegu depresji, zaburzeń lękowych czy odżywiania osoby nimi dotknięte unikają kontaktów towarzyskich, głównie z powodu lęku, smutku i poczucia bycia niezrozumianym. Ponadto w przypadku niektórych zaburzeń psychotycznych charakterystyczne jest przekonanie o wrogich zamiarach innych, dlatego również wtedy naturalne będzie dążenie do izolacji. Odsuwanie się od innych jest więc traktowane jako symptom wielu zaburzeń psychicznych. Takie zachowanie może jednak wywołać analogiczną reakcję otoczenia. Przeżywanie niezrozumiałych dla innych emocji i cierpienia może wyzwalać w „zdrowych” osobach, żyjących w tak zwanym głównym nurcie życia, dążenie do odsunięcia się, wynikające

³⁹ K. Schier, *Dorosłe dzieci. Psychologiczna problematyka odwrócenia ról w rodzinie*, Warszawa 2015.

⁴⁰ A. Radicke, C. Barkmann, B. Adema, A. Daubmann, K. Wegscheider, S. Wiegand-Grefe, *Children of parents with a mental illness: Predictors of health-related quality of life and determinants of child-parent agreement*, „International Journal of Environmental Research and Public Health” 2021, 18(2), 379.

⁴¹ J. Riebschleger, B. Tableman, D. Rudder, E. Onaga, P. Whalen, *Early outcomes of a pilot psychoeducation group intervention for children of a parent with a psychiatric illness*, „Psychiatric Rehabilitation Journal” 2009, 33(2), s. 133–141.

⁴² D. Kopeć, H. Kubiak, *Metoda Video-feedback...*, *op. cit.*

⁴³ C. Brown, *A comparison of living situation and loneliness for people with mental illness*, „Psychiatric Rehabilitation Journal” 1996, 20(2), s. 59–63.

⁴⁴ A. Gardner, S. Cotton, B. O’Donoghue, E. Killackey, P.J. Norton, K. Folia, *Preliminary psychometric properties of a measure of social inclusion for young adults aged 18 to 25 with serious mental illness*, „Psychiatric Rehabilitation Journal” 2020, 43(2), s. 156–169.

z lęku, złości, pośpiechu itp. Niestety skutkiem tej izolacji jest zazwyczaj spadek jakości życia⁴⁵ i pogłębiająca się samotność – a to wszystko wzmacnia objawy i utrudnia sięgnięcie po pomoc. Warto pamiętać, że nawet jeśli osoby z zaburzeniami psychicznymi dążą do izolacji, to najczęściej odbierają ją jako sytuację ambiwalentną. Z jednej strony łatwiejszą, niewymagającą wysiłku, konfrontowania się z innymi czy dopasowywania do otoczenia, a z drugiej – pogłębiającą smutek i brak nadziei na wyzdrowienie. Sytuacja ta komplikuje się zwłaszcza w przypadku hospitalizacji. Ta forma leczenia wciąż bywa – przynajmniej w Polsce – źródłem wstydu i naczynienia, zatem osoby jej poddane czują się odseparowane od powszechnego, sąsiedzkiego czy rodzinnego doświadczenia⁴⁶.

Pewnym paradoksem jest to, że w przypadku zaburzeń psychicznych najwięcej korzyści może przynieść wychodzenie ze strefy komfortu, np. podtrzymywanie relacji z innymi, jednak wymaga to uruchomienia zasobów, którymi w danym okresie jednostka nie dysponuje.

W sposób oczywisty izolacja dorosłych członków rodziny wpływa na sytuację dzieci w niej żyjących. Z punktu widzenia ich dobrostanu ważne jest, aby granice między systemem rodzinnym a szerszym systemem społecznym były częściowo przepuszczalne⁴⁷ (umożliwia to rodzinie, w której występują zaburzenia psychiczne, zachowanie intymności, a jednocześnie swobodne sięganie po pomoc i towarzysztwo, ponadto daje możliwość obserwowania różnych sposobów życia i radzenia sobie z problemami). Dzieci, których rodzice żyją w izolacji od innych – znajomych, krewnych czy sąsiadów – zostają pozbawione ważnego źródła wsparcia, zwłaszcza w sytuacji, gdy szczególnie mocno go potrzebują. Warto pamiętać, że one także doświadczają wstydu i poczucia winy związanego z zaburzeniami psychicznymi dorosłych⁴⁸. Dzieci nierzadko wstydzą się odmienności swych rodziców oraz tego, że nie zachowują się oni jak rodzice rówieśników, a następnie – ponieważ kochają swoje matki i ojców – doświadczają poczucia winy w związku z tym wstydem⁴⁹.

W tym miejscu należy podkreślić rolę edukacji w oswajaniu zaburzeń psychicznych. Informacje na ich temat powinny być przekazywane podczas zajęć w przedszkolu i szkole, tak aby dzieci wiedziały o powszechności problemu, a tak-

⁴⁵ C. Brown, *A comparison of living situation...*, *op. cit.*

⁴⁶ *Ibidem.*

⁴⁷ H. Goldenberg, I. Goldenberg, *Terapia rodzin*, przeł. M. Łuczak, M. Młynarz, K. Siemieniuk, Kraków 2006; D. Goldberg, *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych: prostszy system w DSM-V i ICD-11*, „Advances in Psychiatric Treatment” 2010, 16, s. 14–19.

⁴⁸ A. Bosch, J. Riebschleger, L. van Loon, *Dutch youth of parents with a mental illness reflect upon their feelings of guilt and shame*, „International Journal of Mental Health Promotion” 2017, 19(3), s. 159–172.

⁴⁹ Tę obserwację poczyniłam podczas rozmów z dziećmi, których rodzice przejawiają zaburzenia psychiczne (na podstawie doświadczeń klinicznych).

że miały świadomość tego, że osoba z zaburzeniami nie przestaje być ważnym członkiem społeczeństwa, rodzicem, przyjacielem, sąsiadem czy pracownikiem.

W pracy z dziećmi pochodzącymi z takich rodzin za szczególnie skuteczne uważa się programy interwencyjne ukierunkowane na grupy osób, w tym przypadku małych dzieci, bo pozwalają one przełamać poczucie izolacji, odmienności i niepowtarzalności własnych doświadczeń⁵⁰.

Czynniki socjoekonomiczne

Sytuacja socjoekonomiczna jest istotnym czynnikiem, który może wpływać na dobrostan rodziny, poczucie bezpieczeństwa jej członków, możliwości edukacyjne czy perspektywy leczenia i rozwoju zarówno dorosłych, jak i dzieci. Czynnikiem ten jest powiązany również ze sposobem, w jaki rodzice odnoszą się do swoich córek czy synów. Osoby w mniej korzystnej sytuacji, chcąc osiągnąć określony rezultat (np. oczekiwane zachowanie), częściej niż rodzice lepiej sytuowani odwołują się do autorytetów, posłuszeństwa i restrykcji, rzadziej natomiast przekonują dzieci do swoich racji, okazując im mniej serdeczności i uwagi. Różnice te zależą prawdopodobnie od licznych uwarunkowań (np. związanych z międzypokoleniową transmisją stylów wychowawczych). Jednym z nich jest wpływ stresu na funkcjonowanie rodziców – uważa się mianowicie, że niepokój o codzienne bezpieczeństwo ekonomiczne rodziny może zwiększać drażliwość, podatność na wszelkie czynniki obciążające, a hamować potencjał związany z gotowością do okazywania dziecku wsparcia i serdeczności⁵¹. Co więcej, występowanie zaburzeń psychicznych może wiązać się z obecnością innych, somatycznych schorzeń, takich jak nadciśnienie, problemy hormonalne czy choroby serca i – co bardzo prawdopodobne – ze współwystępowaniem innych zaburzeń, np. snu czy uzależnień, których objawy obecne są zarówno w sferze somatycznej, jak i psychicznej⁵². Zły stan zdrowia może wpływać na możliwości zarobkowe rodziców.

Jest jasne, że „wielu rodziców o niskich dochodach jest w stanie radzić sobie ze swoimi problemami całkiem efektywnie, szczególnie jeśli ich stres ekonomiczny lub małżeński nie jest zbyt długotrwały, [a oni sami – przyp. H.K.] mają optymi-

⁵⁰ C. Grové, J. Riebschleger, A. Bosch, D. Cavanaugh, P.C. van der Ende, *Expert views of children's knowledge...*, *op. cit.*

⁵¹ Por. D.R. Schaffer, K. Kipp, *Psychologia rozwoju. Od dziecka do dorosłości*, przeł. P. Sørensen, M. Wojtaś, Gdańsk 2015 oraz Parke, 2004, za: R. Schaffer, K. Kipp, *Psychologia rozwoju...*, *op. cit.*

⁵² D. Holden, R. Lewine, *How families evaluate mental health professionals, resources, and effects of illness*, „Schizophrenia Bulletin” 1982, 8(4), s. 626–633.

styczne podejście do wychowywania dzieci i uważają się za wysoce skutecznych w tym zakresie oraz otrzymują emocjonalne i wychowawcze wsparcie⁵³.

W przebiegu zaburzeń psychicznych niełatwo jednak o zaistnienie tych czynników ochrony – zazwyczaj występuje wtedy wspomniany wyżej przewlekły problem związany z izolacją społeczną, który wpływa na trudności w pozyskiwaniu wsparcia i w jego przyjmowaniu, nawet jeżeli otoczenie je oferuje. Niewielkie są też szanse na zrównoważoną ocenę sytuacji i optymizm – istota zaburzeń psychicznych polega przecież na deficytach w tych właśnie obszarach.

Oznaczałoby to, że obciążenie ekonomiczne, bardziej prawdopodobne w rodzinach zmagających się z zaburzeniami psychicznymi jej dorosłych członków niż w rodzinach o wysokim potencjale zdrowia psychicznego, z jednej strony ogranicza dostęp dzieci do rozrywek, a także ich możliwości w zakresie edukacji czy – co szczególnie bolesne – wpisania się w grupę rówieśniczą, a z drugiej – wiąże się z zaistnieniem ryzyka niekorzystnej atmosfery wychowawczej w domu.

Sytuacje kryzysowe

Jest oczywiste, że sytuacja, w której rodzic trafia do szpitala psychiatrycznego, nosi zazwyczaj wszelkie znamiona sytuacji krytycznej. Mamy wtedy do czynienia z nagłą zmianą, zakłócającą normalny tok życia i rozwoju dziecka. Często prowadzi to do zakwestionowania życiowych założeń (np. o życiu w bezpiecznym świecie)⁵⁴. Jak wynika z badań⁵⁵, w szczególnie trudnej sytuacji znajdują się dzieci wychowywane w niepełnych rodzinach, a porównując możliwe skutki w przypadku hospitalizacji któregoś z rodziców, bardziej obciążająca z perspektywy dziecka wydaje się hospitalizacja matki.

Hospitalizacja psychiatryczna różni się od leczenia w szpitalu podejmowanego z powodu choroby somatycznej, zwłaszcza jeśli doszło do niej w trybie nagłym. Niektóre dzieci doświadczają wówczas stresu pourazowego, ze wszystkimi jego konsekwencjami.

Na sposób przeżywania takiej sytuacji przez dziecko wpływa wiele czynników, przy czym część z nich pozostaje w związku z jego temperamentem, osobowością, inne zaś dotyczą okoliczności towarzyszących. Czynnikiem należącymi do drugiej kategorii są m.in.:

⁵³ R. Schaffer, K. Kipp, *Psychologia rozwoju...*, op. cit., s. 595.

⁵⁴ Por. definicje kryzysu (B. Jacobsen, *The life crisis in a existential perspective: can trauma and crisis be seen as an aid personal development?*, „Journal of Existential Analysis” 2006, 17(1), s. 39–54).

⁵⁵ E.P. Rice, S.G. Krakow, *Hospitalization of parent for mental illness: A crisis for children*, „American Journal of Orthopsychiatry” 1966, 36(1), s. 868–872.

- przyczyny hospitalizacji (szczególnie trudna jest próba samobójcza czy epizod psychotyczny);
- struktura rodziny (obecność drugiego rodzica, rodzeństwa lub dziadków ułatwia dziecku przystosowanie się do sytuacji);
- płeć rodzica hospitalizowanego (bardziej obciążająca jest nieobecność matki);
- wiek dziecka w okresie hospitalizacji rodzica i przeżywanie przez nie w tym samym czasie innych wyzwań (najtrudniejszy jest okres lęku separacyjnego, wiek przedprzedszkolny i przedszkolny, zwłaszcza gdy równoległe następuje adaptacja do nowych placówek);
- fakt, czy dziecko pozostanie w domu (w przypadku braku drugiego rodzica – im młodsze dziecko, tym większe prawdopodobieństwo, że krewni będą sprawowali opiekę poza miejscem jego stałego zamieszkania);
- sposób udzielania dziecku wsparcia przez system rodzinny, szkolny, specjalistów zdrowia psychicznego, przyjaciół rodziny czy sąsiadów⁵⁶.

Nie na wszystkie czynniki z wyżej wymienionych można mieć wpływ, tym istotniejsze jest więc uwzględnienie tych, które można modyfikować, tak by dziecko łatwiej przeżyło hospitalizację czy wystąpienie zaburzenia psychicznego u rodzica.

Jak wspomniano wcześniej, już w latach 30. zeszłego stulecia podkreślano, jak istotne jest wprowadzenie programów interwencyjnych⁵⁷ wobec dzieci z opisywanej tu grupy ryzyka. Rodziny te niewątpliwie potrzebują wsparcia, mimo że większość rodziców dotkniętych zaburzeniami psychicznymi stara się – na ile to możliwe – uwzględnić dobro dziecka. Specyficzne dla zaburzeń postrzeganie świata, problemy w tworzeniu bliskich relacji, trudności ekonomiczne, wysokie prawdopodobieństwo wystąpienia sytuacji kryzysowych (np. związanych z hospitalizacją) – wszystko to sprawia, że starania wyłącznie rodziców mogą okazać się niewystarczające w procesie wspierania rozwoju dziecka.

Bibliografia

- Benjamin L.R., Benjamin R., Rind B., *The parenting experiences of mothers with dissociative disorders*, „Journal of Marital and Family Therapy” 1998, 24(3), s. 337–354.
- Bosch A., Riebschleger J., van Loon L., *Dutch youth of parents with a mental illness reflect upon their feelings of guilt and shame*, „International Journal of Mental Health Promotion” 2017, 19(3), s. 159–172.
- Bowlby J., *Przywiązanie*, przeł. M. Polaszewska-Nicke, Warszawa 2007.

⁵⁶ *Ibidem*.

⁵⁷ G.H. Preston, R. Antin, *A study of children...*, *op. cit.*

- Brown C., *A comparison of living situation and loneliness for people with mental illness*, „Psychiatric Rehabilitation Journal” 1996, 20(2), s. 59–63.
- Cook W., Dezangré M., De Mol J., *Sources of perceived responsiveness in family relationships*, „Journal of Family Psychology” 2018, 32(6), s. 743–752.
- Cowling V. (red.), *Children of parents with mental illness, 2: Personal and clinical perspectives*, Melbourne 2004.
- Elliott D., Guy J.D., *Mental health professionals versus non-mental-health professionals: Childhood trauma and adult functioning*, „Professional Psychology: Research and Practice” 1993, 24(1), s. 83–90.
- van der Ende P.C., van Busschbach J.T., Nicholson J., Korevaar, E.L., van Weeghel J., *Parenting and psychiatric rehabilitation: Can parents with severe mental illness benefit from a new approach?*, „Psychiatric Rehabilitation Journal” 2014, 37(3), s. 201–208.
- Erikson E.H., *Tożsamość a cykl życia*, przeł. M. Żywicki, Poznań 2004.
- Fudge E., Robinson P., *A public health approach to promoting better mental health outcomes for children of parents with a psychiatric disability*, „Psychiatric Rehabilitation Journal” 2009, 33(2), s. 83–90.
- Gardner A., Cotton S., O’Donoghue B., Killackey E., Norton P.J., Folia K., *Preliminary psychometric properties of a measure of social inclusion for young adults aged 18 to 25 with serious mental illness*, „Psychiatric Rehabilitation Journal” 2020, 43(2), s. 156–169.
- Goldberg D., *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych: prostszy system w DSM-V i ICD-11*, „Advances in Psychiatric Treatment” 2010, 16, s. 14–19.
- Goldenberg H., Goldenberg I., *Terapia rodzin*, przeł. M. Łuczak, M. Młynarz, K. Siemieniuk, Kraków 2006.
- Grové C., Riebschleger J., Bosch A., Cavanaugh D., van der Ende P.C., *Expert views of children’s knowledge needs regarding parental mental illness*, „Children and Youth Services Review” 2017, 79, s. 249–255.
- Holden D., Lewine R., *How families evaluate mental health professionals, resources, and effects of illness*, „Schizophrenia Bulletin” 1982, 8(4), s. 626–633.
- Jacobsen B., *The life crisis in an existential perspective: can trauma and crisis be seen as an aid personal development?*, „Journal of Existential Analysis” 2006, 17(1), s. 39–54.
- Jennings S., *Healthy attachments and neuro-dramatic-play*, London 2011.
- Juffer F., Bakermans-Kranenburg M.J., van IJzendoorn M., *Promoting positive parenting: An attachment – based intervention*, New York–London 2007.
- Kopec D., Kubiak H., *Metoda Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD) w pracy terapeutycznej z rodzicami dzieci z grupy ryzyka rozwojowego*, „Studia Edukacyjne” 2018, (49), s. 315–333.
- Kubiak H., *Relacja między adolescentami z zaburzeniami psychicznymi a ich rodzicami w świetle teorii przywiązania*, [w:] K. Lubiewska (red.), *Przywiązanie. Związki intymne, osobowość oraz problematyka kliniczno-terapeutyczna*, Bydgoszcz 2017, s. 131–145.
- Luciano A., Nicholson J., Meara E., *The economic status of parents with serious mental illness in the United States*, „Psychiatric Rehabilitation Journal” 2014, 37(3), Special Issue: *Parents with psychiatric disabilities*, s. 242–250.
- Maughan A., Cicchetti D., Toth S., Rogosch F., *Early-occurring maternal depression and maternal negativity in predicting young children’s emotion regulation and socioemotional difficulties*, „Journal of Abnormal Child Psychology” 2007, 35(5), s. 685–703.

- Morrison J., *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*, przeł. R. Andruszko, Kraków 2016.
- Mowbray C.T., Oyserman D., *Substance abuse in children of parents with mental illness: Risks, resiliency, and best prevention practices*, „Journal of Primary Prevention” 2003, 23(4), s. 451–482.
- Nicholson J., Biebel K., Williams V.F., Katz-Leavy J., *The prevalence of parenthood in adults with mental illness: Implications for state and federal policy, programs, and providers*, [w:] R.W. Manderscheid, M.J. Henderson (red.), *Center for Mental Health Services, Mental Health, United States, 2002*, Rockville, Maryland 2004, rozdz. 10, s. 120–137.
- Oyserman D., Mowbray C.T., Allen-Meares P., Firminger K.B., *Parenting among mothers with a serious mental illness*, „American Journal of Orthopsychiatry” 2000, 70(3), s. 296–315.
- Popiel A., Pragłowska E., *Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka*, Warszawa 2008.
- Preston G.H., Antin R., *A study of children of psychotic children*, „American Journal of Orthopsychiatry” 1932, 2(3), s. 231–241.
- Radicke A., Barkmann C., Adema B., Daubmann A., Wegscheider K., Wiegand-Grefe S., *Children of parents with a mental illness: Predictors of health-related quality of life and determinants of child-parent agreement*, „International Journal of Environmental Research and Public Health” 2021, 18(2), 379.
- Reupert A.E., Maybery D., *Families affected by parental mental illness: A multiperspective account of issues and interventions*, „American Journal of Orthopsychiatry” 2007, 77(3), s. 362–369.
- Rice E.P., Krakow S.G., *Hospitalization of parent for mental illness: A crisis for children*, „American Journal of Orthopsychiatry” 1966, 36(1), s. 868–872.
- Riebschleger J., Tableman B., Rudder D., Onaga E., Whalen P., *Early outcomes of a pilot psychoeducation group intervention for children of a parent with a psychiatric illness*, „Psychiatric Rehabilitation Journal” 2009, 33(2), s. 133–141.
- van Rosmalen L., van der Horst F.C.P., van der Veer R., *From secure dependency to attachment: Mary Ainsworth’s Integration of Blatz’s security theory into Bowlby’s attachment theory*, „History of Psychology” 2016, 19(1), s. 22–39.
- Schaffer D.R., Kipp K., *Psychologia rozwoju. Od dziecka do dorosłości*, przeł. P. Sørensen, M. Wojtaś, Gdańsk 2015.
- Schaffer H.R., *Rozwój społeczny – dzieciństwo i młodość*, przeł. M. Białecka-Pikul, K. Sikora, Kraków 2006.
- Schier K., *Dorosłe dzieci. Psychologiczna problematyka odwrócenia ról w rodzinie*, Warszawa 2015.
- Sherman M.D., *Reaching out to children of parents with mental illness* [wersja elektroniczna], „Social Work Today” 2007, 7(5), s. 26–30.
- Siegel D.J., *Rozwój umysłu. Jak stajemy się tym, kim jesteśmy*, przeł. R. Andruszko, Kraków 2009.
- Stawicka M., Górską D., *Mentalizacja w kontekście przywiązania*, [w:] L. Cierpiałkowska, D. Górską (red.), *Mentalizacja z perspektywy rozwojowej i klinicznej*, Poznań 2016, s. 42–64.
- Wieczorek Ł., Wciórka J., Stokwizewski J., Wojtyniak B., Kiejna A., Adamowski T., Moskalewicz J., *Dzieci rodziców z zaburzeniami psychicznymi i behawioralnymi związanymi z używaniem alkoholu. Komunikat z ogólnopolskich badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”*, „Alcoholism and Drug Addiction” 2015, 28, s. 193–197.
- Wilson S., Nutt D., *Sleep disorders*, Oxford 2008.
- Winnicott D.W., *Dziecko, jego rodzina i świat*, przeł. A. Bartosiewicz, Warszawa 1993.