

O potrzebie więzi i warunkach opieki nad hospitalizowanym dzieckiem

On a hospitalized child's need for close relationships and care

Bogusław Stelcer

Zakład Psychologii Klinicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Psychoonkologia 2013, 4: 145–150

Adres do korespondencji:

dr Bogusław Stelcer
Zakład Psychologii Klinicznej
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego
ul. Bukowska 70, 60-812 Poznań
tel./faks +48 61 854 72 74
e-mail: stelcer@ump.edu.pl

Streszczenie

John Bowlby, James Robertson i inni stanowili niezwykle wpływowy zespół badaczy, kształtujący poglądy na temat leczenia szpitalnego dzieci. Ich praca to połączenie teorii naukowej z wolą posłannictwa jej tez, aby dokonać zmian w podejściu wobec chorych dzieci. Niniejszy tekst stanowi krótką prezentację rozwoju teorii więzi i jej wpływu na kształt opieki medycznej nad hospitalizowanymi dziećmi.

Abstract

John Bowlby, James Robertson and others, were influential in latter part of 20th century, combined scientific theory with mission to bring about changes in the way in which children were cared for in hospitals. This paper discusses their work and theory development and their influence on the care of children.

Słowa kluczowe: dziecko, przywiązanie, hospitalizacja, leczenie.

Key words: children, attachment, hospitalization, treatment.

Wstęp

Teoria przywiązania opisuje sposób, w jaki dziecko buduje swoją pierwszą ważną relację z opiekunem. Z kolei teorie żałoby i żalu po stracie ukochanej osoby uznają za przyczynę żałoby zerwaną więź z osobą znaczącą. Tego faktu jednak zdają się nie odzwierciedlać w dostatecznym stopniu teorie przywiązania, mimo że żałoba jest, mówiąc potocznie, ceną, jaką osierocony płaci za swą miłość. Te dwie perspektywy są silnie powiązane i wzajemnie się dopełniają.

Refleksja o żałobie i melancholii wkroczyła do nauki szybko i nieoczekiwanie, jako rozwinięcie przestrzeni problemowych klasycznej psychoanalizy Zygmunta Freuda. W przypadku teorii więzi zaistniały dwa warunki konieczne do wprowadzenia znaczących zmian w zakresie filozofii opieki nad hospitalizowanym dzieckiem i szerzej – w podejściu terapeutycznym. Pierwszym jest powszechne uzna-

nie nowej idei i nadanie jej atrybutów naukowości. Drugim zaś obecność animatora, który z misjonarską żarliwością zechce ową ideę wcielić w życie i przekonywać do niej innych. Animatorem tym był John Bowlby, którego działalności naukowej przypisuje się fakt, że obecnie z ogromną troską podejmuje się temat potrzeb psychicznych cierpiącego dziecka. Ze szczególną uwagą traktuje się potrzeby psychiczne i duchowe dziecka, które jest poddawane długotrwałemu i koniecznemu leczeniu w szpitalu. Nieoczekiwane jest to, że teoria psychoanalityczna, która swego czasu stanowiła odstępstwo od ortodoksyjnego freudowskiego nurtu, nadal wywiera duży wpływ na sposób respektowania potrzeb dzieci w szpitalach na całym świecie. Celem niniejszego artykułu jest ukazanie podobieństwa obu perspektyw przedstawiających dzieci (aczkolwiek prawidłowości te dotyczą także dorosłych) przepracowujące żal po utracie relacji ze swym obdarzonym uczuciem rodzicem i podejmu-

jące wysiłek rekonstrukcji tej więzi oraz wpływ żalu na tożsamość dziecka.

Badania Johna Bowlby'ego i Jamesa Robertsona nad separacją dziecka od matki

John Bowlby (1907–1990) urodził się w arystokratycznej rodzinie angielskiej. Ukończył studia psychologiczne i podjął pracę w szkole dla chłopców z problemami natury psychiatrycznej. Owo doświadczenie przesądziło o zostaniu lekarzem, specjalistą w zakresie psychiatrii dziecięcej. Karierę zawodową zakłóciły jednak działania wojenne, jakkolwiek tuż po ich zakończeniu podjął pracę w Klinice w Tavistock, która stała się wiodącą placówką psychiatrii dziecięcej i psychoterapii wieku rozwojowego. Lata międzywojenne w Londynie cechował klimat dyskusji pomiędzy przedstawicielami nurtów psychoanalizy wyrastających ze wspólnego fundamentu ortodoksyjnej myśli freudowskiej. Podczas gdy ówczesny ruch psychoanalizy angielskiej oscylował pomiędzy spierającymi się frakcjami, John Bowlby sądził, że psychoanaliza nie powinna się zanadto odrywać od korzeni freudowskich, a wysiłki badawcze należy skupić na analizie znaczenia doświadczeń wczesnodziecięcych i ich wpływu na życie emocjonalne w życiu dojrzałym. Wyrażał też pogląd, że tezy psychoanalizy winny znajdować wsparcie w badaniach naukowych. Poszukiwał potwierdzenia dla swych pomysłów psychoanalitycznych w źródłach etologicznych, jak również innych koncepcjach [1, 2].

Pierwsze znaczące badanie Bowlby przeprowadził w klinice w Tavistock. Objęło ono 44 dzieci w wieku między 5. a 16. rokiem życia, które miały za sobą epizody kradzieży. Wykazano w nim interesującą charakterystykę psychiczną badanych młodocianych i dzieci. Jedna trzecia przejawiała zaburzenia emocjonalne. Natężenie reakcji było małe, zaobserwowano niezdolność do odczuwania empatii, poczucia wstydu i emocji z gatunku wyższych. Znaczna większość dzieci (82%) niezdolnych do odczuwania silnych emocji doznała dłużej trwających epizodów rozłąki od rodziców we wczesnym okresie życia. Wiele spośród tych separacji od rodziców było spowodowanych długo trwającymi hospitalizacjami. W latach powojennych Bowlby był już znanym psychiatrą dziecięcym i dlatego Organizacja Narodów Zjednoczonych zleciła mu opracowanie raportu ilustrującego stan psychiczny dzieci po traumatycznych przeżyciach zaznaczonych w wyniku działań wojennych. Wyniki zespołowych dociekań legły u podstaw rozwijanej przezeń teorii przywiązania i znalazły pełny wyraz w publikacji „Child Care and the Growth of Love” z 1953 r.

John Bowlby porzucił wcześniejsze poglądy, które dzielił z innymi etologami, przede wszystkim z Konradem Lorenzem i Harry Harlowem, według których zaspokajanie potrzeby głodu jest nieodzowne do wytworzenia więzi pomiędzy matką a niemowlęciem. Skłaniał się ku przeświadczeniu, że więź utrwała się w 7. miesiącu życia niemowlęcia i nie wynika z zaspokajania potrzeby głodu. Rodzaj energii psychicznej, która zasila potrzebę przywiązania, jest zupełnie innego rodzaju. Obiektem przywiązania jest pierwotnie biologiczna matka lub osoba, która najwięcej czasu spędza z dzieckiem. Warunkiem wytworzenia więzi jest trwałość kontaktu, bliskość fizyczna i stabilny charakter relacji. Przywiązanie wywołuje tendencje do przebywania w bliskim kontakcie z obiektem przywiązania i reagowania niepokojem, kiedy jego nieobecność wydłuża się w czasie [2]. Kiedy przywiązanie ma charakter bezpieczny, dziecko ma możliwość spędzania większości czasu w bliskim kontakcie z matką, która pełni funkcję bezpiecznej bazy, chroniącej przed zagrożeniami, stanowiącej punkt, z którego rozpoczyna się eksploracja świata [2]. Publikacje przedstawiające obserwacje Bowlby'ego upowszechniły wiedzę o charakterze zależności pomiędzy niemowlęciem a jego matką. Istota tej relacji polega na zaspokojeniu potrzeb biologicznych, emocjonalnych, w tym potrzeby miłości i bezpieczeństwa. Niemowlę jest również zależne od stanu uczuciowego matki, do którego się dostosowuje i według którego rezonują jego stany wewnętrzne. Ten szczególnie rezonans uczuciowy zasilany jest energią emocjonalną, którą przekazuje mu matka [3].

Praca i poglądy dotyczące teorii przywiązania wywoływały protesty ortodoksyjnych środowisk psychoanalitycznych, dla których każde odstępstwo od literalnego traktowania poglądów Freuda było jak schizma. Zasadniczym punktem spornym w postrzeganiu poglądów Bowlby'ego było przesunięcie akcentu z procesów intrapsychicznych na interpsychiczne i interpersonalne. Innymi słowy, zawilóści rozwoju psychicznego od czasów Bowlby'ego tłumaczone były już nie jak dotychczas wzajemnym oddziaływaniem poszczególnych części aparatu psychicznego, lecz dynamiką relacji pomiędzy dwoma jednostkami: niemowlęciem i osobą dla niego znaczącą. Takie poglądy wywołały burzę w Brytyjskim Towarzystwie Psychoanalitycznym. Nawet analityczka Bowlby'ego, Joan Riviere, zaprotestowała przeciw poglądom tak odległym od kanonu. Anna Freud wystosowała do Towarzystwa list, w którym ujęła się za Bowlbym, pisząc: *Doktor Bowlby jest zbyt cenny, ażeby mógł być stracony dla psychoanalizy* [4].

Wynikiem badań Bowlby'ego było rozpowszechnienie terminu „deprywacja macierzyńska” jako pojęcia tłumaczącego szereg zaburzeń psychicznych.

Michael Rutter twierdził, że termin ten ma szereg znaczeń. Sugerował, że zawiera się w nim bogactwo środowiska wychowawczego dziecka, siła przywiązania z okresu poprzedzającego separację i różnice płciowe. Wyrażał ubolewanie, że owe zmienne nie są uwzględniane w badaniach nad skutkami zerwania więzi [5]. Z żelazną konsekwencją dawał wyraz swemu przekonaniu, że rzeczywiste zdarzenia rodzinne są najistotniejsze dla rozwoju problemów emocjonalnych dziecka [6]. Szczególną rolę przypisywał matce, zadaniem ojca jest ją wspierać. Zdaniem Bowlby'ego jego rola jest wtórna wobec miłości macierzyńskiej. Bowlby nie podzielał poglądów neofreudystów szukających źródła problemów emocjonalnych dzieci w nierozwiązanych konfliktach libidynalnych dziecka, podobnie jak nie uznawał miłości do matki za wynik zmysłowych przyjemności oralnych czy też teorii społecznego uczenia się, sugerujących, że zależność dziecka od rodzica jest źródłem wtórnych korzyści. Skupiając się na relacjach nie intra-, ale interpsychicznych pozostał przy terminologii psychoanalitycznej. Twierdził, że we wczesnych latach życia, kiedy dziecko zależy od rodziców, matka odgrywa rolę jego *ego* i *superego*. Matka całkowicie kreuje środowisko dziecka, zaspokaja jego potrzeby, a ogranicza inne impulsy w długotrwałym procesie opieki nad nim, który kończy się wraz z osiągnięciem pełnej dorosłości przez dziecko. Tak więc rozwój *ego* i *superego* jest wynikiem tej nierozdzielnej więzi [7]. Zasadniczym wnioskiem wynikającym z poszukiwań teoretycznych i obserwacji klinicznych było stwierdzenie, że zdrowie psychiczne i emocjonalne dziecka pojawia się wtedy, gdy może ono doświadczyć ciepła, bliskości i trwałej obecności opiekuna, które to doświadczenia są źródłem obustronnej przyjemności i zadowolenia. Gdy powyższe nie może zaistnieć i się spełnić, dziecko reaguje według schematu nazwanego reakcją rozpacz. Ta przebiega w trzech etapach: protestu (związanego z lękiem separacyjnym), rozpacz (odnoszącej się do smutku i oplakiwania utraconej relacji) i zaprzeczenia (związanego z uruchomieniem mechanizmów obronnych, głównie represyjnych). Ważne dla właściwego zrozumienia lęku separacyjnego jest to, że ta reakcja pojawia się, kiedy sytuacja, w jakiej znajduje się dziecko, aktywuje mechanizmy ucieczki i zachowania przywiązaniowe, gdy obiekt przywiązania z jakich powodów jest niedostępny.

Poglądy Bowlby'ego na temat więzi i separacji od obiektu przywiązania wzbudziły szerokie dyskusje, niemniej wniosły nową perspektywę do badań na gruncie psychologii rozwojowej. Teorie te, od czasu ich sformułowania, przyczyniły się zdecydowanie do pogłębienia świadomości separacji dziecka od opiekunów. Wpływ ten dotyczył także badań i tera-

pii na gruncie psychiatrii dziecięcej i, co może wydać się zaskakujące, terapii żałoby. Na uwagę zasługuje odważna krytyka Anny Freud [8], szczególnie zaś jej przekonania, że osierocone niemowlę nie przeżywa żałoby, ponieważ jego *ego* nie rozwinęło się w dostatecznym stopniu, by móc właściwie zrozumieć fakt utraty matki. Zdaniem Anny Freud niemowlę przeżywa niewiele więcej niż ograniczony w formie napad lęku separacyjnego, pojawiający się wtedy, gdy niedostępny jest substytut opiekuna. Bowlby głęboko się nie zgadzał z tą intelektualną i zimną (w ocenie autora) interpretacją, wskazując, że żałoba i oplakiwanie straty są konsekwencją utraty więzi z ukochaną osobą, z obiektem przywiązania (mówiąc językiem psychoanalizy), obdarzonym szczególną miłością, w kontekście terapii żalu po stracie, szczególnie rozwiniętej na gruncie medycyny paliatywnej.

James Robertson, w przeciwieństwie do znakomitego Johna Bowlby'ego, nie pochodził z arystokratycznej rodziny. Urodził się i wychował w robotniczych dzielnicach Glasgow. W czasie wojny poznał swą przyszłą żonę Joyce, w owym czasie adeptkę psychologii w sierocińcu prowadzonym przez Dorothy Burlingham i Annę Freud w Hampstead. Robertson, co interesujące, w latach wojny zatrudnił się w sierocińcu Anny Freud jako pracownik kotłowni. Organizacja pracy w sierocińcu była jednakże taka, że Anna Freud oczekiwała, aby każdy pracownik, bez względu na charakter swych obowiązków, opisywał w specjalnym zeszycie swoje obserwacje dotyczące zachowań dzieci, które były przedmiotem dyskusji zespołu w ramach cotygodniowych spotkań [9]. Uwagi i obserwacje Robertsona były bardzo wnikliwe i wysoko cenione. Między innymi dzięki jego spostrzeżeniom w placówce szczegółowo analizowano zachowania i potrzeby dzieci tam przebywających. Burlingham i Freud zauważyły, że skutki traumatycznych doświadczeń (wśród nich przede wszystkim bombardowania) nie były tak bardzo tragiczne, jeżeli dzieci mogły przetrwać trudne chwile traumy w obecności matki lub innej osoby znaczącej. Rozmiar traumy psychologicznej mógł być większy, nawet jeśli wywołany mniej tragicznym zdarzeniem, gdy dziecko musiało się z nim konfrontować samo, pozbawione ochrony, jaką dawała matka czy rodzina. James Robertson, pracując w tej placówce, miał możliwość zetknięcia się z psychiatrią dziecięcą, którą zgłębiał pod okiem wymienionych powyżej znamiennych mentorek.

Specyfika leczenia szpitalnego i dalsze badania

W latach powojennych częste były przedłużające się hospitalizacje dzieci. Nie pozwalano przy tym

rodzicom przebywać z nimi. Głównym pretekstem dla tej praktyki były wymagania higieniczne i ochrona przed rozprzestrzenianiem się zakażeń. Jednakże nie bez znaczenia pozostawały poglądy, że po wizycie rodzica dziecko było jeszcze bardziej rozdrażnione, doświadczać szczególnego rodzaju traumy psychologicznej. Zalecano więc rodzicom, aby kierując się dobrem dziecka, nie odwiedzali go w szpitalu. W efekcie zdarzało się, że dziecko nie miało kontaktu z najbliższą sobie istotą przez wiele miesięcy. Zarazem jednak lata powojenne to okres dynamicznego rozwoju psychiatrii dziecięcej oraz reform systemu opieki zdrowotnej, do których przyłączali się terapeuci o psychoanalitycznym stylu pracy. W Stanach Zjednoczonych zaczęto formułować teorie wyjaśniające negatywne zmiany zachowania u hospitalizowanych dzieci. Rene Spitz wprowadził termin „hospitalizacja” na wyjaśnienie ogólnego poziomu funkcjonowania dziecka przebywającego w szpitalu przez długi okres [10]. Levy [11] przedstawił doniesienie o pobycie dzieci na oddziale chirurgicznym. Stał na stanowisku, że można w dużym stopniu umniejszać szkodliwe skutki długotrwałego pobytu w szpitalu, jeżeli spełnione zostaną trzy poniższe warunki:

- dziecko będzie przygotowane do mających nastąpić zdarzeń i wszystko będzie szczerze wyjaśnione i wytłumaczone,
- matka będzie obecna przy dziecku tuż przed zabiegiem i po nim,
- dziecko będzie właściwie znieczulone w czasie zabiegu i po nim.

To i inne doniesienia z owego okresu stwarzały atmosferę dla wspólnych poszukiwań właściwego zrozumienia zjawiska separacji od obiektu przywiązania Johna Bowlby'ego, Mary Ainsworth, jego współpracownicy, oraz Jamesa Robertsona, najbardziej pragmatycznie nastawionego badacza w tym zespole. Robertson, niezadowolony z powodu zmian zachowania u swego chorego i hospitalizowanego dziecka, nakręcił amatorski film o skutkach pobytu w szpitalu. Wykorzystując osobiste doświadczenie, przyczynił się do powstania bodajże najbardziej znanego dokumentu „Dwulatek idzie do szpitala”. Film ten był zapisem zachowań dziecka w szpitalu, w warunkach ośmiodniowej separacji od rodziców (Robertson 1953). Przejmujący obraz cierpiącego psychicznie dziecka stanowił, zdaniem Robertsona, doskonały materiał do przemyśleń dla osób odpowiedzialnych za politykę szpitalną, rodziców i personelu medycznego. Wkrótce powstał drugi film dokumentalny, którego bohaterką była dziewczynka przyjeta do szpitala, ale razem z matką. Treść i wymowa filmu ukazującego lepszą adaptację dziecka do warunków szpitalnych były tym razem znacznie bardziej pozytywne. Robertson,

wyłaszczając wykłady i prezentując oba filmy, stał się orędownikiem jak najpełniejszej obecności rodziców w szpitalach pediatrycznych. Na uwagę zasługuje rzetelny warsztat badawczy, jaki zaprezentował. Aby uniknąć ewentualnej krytyki czy zarzutów o niedociągnięcia, film kręcono z udziałem dziecka losowo wybranego do prezentacji w dokumencie. Na ścianie wisiał zegar ukazujący upływ czasu, dzięki czemu pokazano jego znaczenie dla sposobu, w jaki dziecko przeżywa rozłąkę ze swym obiektem przywiązania. Materiał nakręcony przez Robertsona oraz wcześniejszy film Rene Spitza z 1947 r. zatytułowany „Grief: A Peril in Infancy” zdecydowanie przyczyniły się do odmiany losu hospitalizowanych dzieci. Jest to wielki wkład psychoanalizy w poprawę sytuacji najmłodszych, najbardziej wrażliwych i wymagających pacjentów, pomimo wielu protestów i kontrowersji wśród ówczesnego establishmentu medycznego [9].

Badania, filmy i serie odczytów stały się wkrótce przedmiotem zainteresowania pracowników rządowych. W 1959 r. ukazał się tzw. Raport Platta, prezydenta Królewskiego Stowarzyszenia Chirurgów, zawierający 55 rekomendacji na rzecz wydawania pozwoleń rodzicom na przebywanie wraz z dziećmi w szpitalach. Raport zawierał też zalecenia, aby zapewnić rodzicom właściwe warunki pobytu, a dzieciom stosowne miejsca do zabawy oraz nauki szkolnej [12].

Zerwana więź

Teorie żalu po stracie stanowią alternatywę dla koncepcji relacji z obiektem, są mniej abstrakcyjne i odzwierciedlają zjawisko powstawania więzi, podczas gdy teorie żałoby opisują przekształcenia i konieczność przepracowania tychże więzi spowodowaną nieobecnością bliskiej osoby dla osieroczonego [13]. Wszystkie dzieci tworzą relację przywiązania, która stanowi determinantę późniejszej autonomii, kompetencji, sposobu budowania relacji z rówieśnikami, jak też współdeterminuje przebieg procesów psychopatologicznych. Od charakteru przywiązania zależy sposób reagowania dziecka na wszelkie sytuacje interpersonalne [14]. Wzorce przywiązania mogą być przekazywane międzypokoleniowo. Co warto podkreślić jeszcze raz, mają walor konstruktu emocjonalnego i poznawczego, pozostając zarazem reakcją behawioralną na sytuacje o charakterze interpersonalnym [15, 16].

Żaloba jest mechanizmem obronnym w sytuacji przedłużającej się rozpacz z powodu utraty więzi. Zerwanie więzi jest mechanizmem obrony psychologicznej uruchamianym przez dziecko po to, aby uchronić je przed bólem separacyjnym wywołanym nieobecnością dotychczasowego obiektu

przywiązania. Zdaniem Zygmunta Freuda jest normalną reakcją psychologiczną inną niż depresja (czy melancholia) [17]. Żałoba zdaniem Freuda polega na wycofaniu energii *ego* z relacji przywiązania ze zmarłym i daniu sobie szansy na ponowne zainwestowanie jej w nową relację. W jego opinii żałoba stawia osieroconego przed koniecznością psychicznego zerwania więzi łączącej go dotychczas ze zmarłym, zwłaszcza wspomnień i nadziei na realizację marzeń z nim związanych. Żałoba nie jest stanem psychopatologicznym, jest normalną reakcją na stratę osoby znaczącej dla osieroconego [18]. Według hipotezy zerwanej więzi osierocony, oplakując, doświadczając smutku i szeregu przykrych reakcji na stratę więzi, w ostatecznym wymiarze daje wyraz sile swego przywiązania. Zatem możliwe i terapeutyczne jest skierowanie tej energii w inną relację. Zamknięcie procesu żałoby nie oznacza wyparcia czy zapomnienia o zmarłym, lecz pozostawienie w pamięci znaczenia istniejącej relacji już bez paraliżującego bólu i otwarcia się na nowe cele życiowe. Patologia procesu żałoby powstaje wówczas, gdy z różnych powodów osierocony nie pozwala zmarłemu „odejść”, pozostać tam, gdzie jego miejsce (w pamięci, tak czy inaczej pojmowanych zaświatach), nie potrafi zerwać więzi i skierować swojej energii psychicznej w stronę innego obiektu przywiązania. Z perspektywy osieroconego dziecka problematyczna staje się nierozwiązana żałoba po śmierci rodzica, ponieważ stawia dziecko w paradoksalnej sytuacji, jako że pragnie ono bliskości i bezpieczeństwa ze strony osoby, która zarazem jest źródłem napięcia i niepokoju. Uniemożliwia to wytworzenie się spójnego wzorca postępowania wobec obiektu przywiązania [19].

Teoria więzi Johna Bowlby'ego powstała m.in. w celu wyjaśnienia lęku separacyjnego dziecka w sytuacji zerwania kontaktu z osobami, wobec których została wytworzona reakcja przywiązania, czyli trwałej więzi emocjonalnej. Opisuje reakcje obronne dziecka wtedy, gdy jego potrzeby bliskości, czułości i przywiązania nie są zaspokojone. Zachowania przywiązaniowe aktywują się w sytuacji postrzeganego niebezpieczeństwa czy wycofania się obiektu przywiązania (trwałego lub czasowego), lecz także wtedy, gdy pojawiają się takie okoliczności po stronie dziecka, jak jego choroba czy ból.

Koncepcje Johna Bowlby'ego zwróciły uwagę psychiatry Colina Marry Parkesa, późniejszego badacza problematyki osierocenia. Parkes dostrzegł podobieństwo pomiędzy lękiem separacyjnym niemowląt i specyfiką żalu po stracie więzi z osobą znaczącą przeżywanego przez osoby dorosłe [20]. Ten prekursor opieki nad osieroconą rodziną traktowaną jako integralna część holistycznej opieki

paliatywnej dołączył do zespołu Johna Bowlby'ego w Tavistock w 1962 r. [9]. Parkes [20, 21] żałobę dorosłych ujął jako sekwencję następujących po sobie reakcji przebiegających w czterech fazach: odrętwienie, tęsknota, dezorganizacja i rozpacz oraz reorganizacja. Fazy te były w zasadzie opisem dynamiki reakcji rozpacz dziecka przedstawionej wcześniej przez Robertsona i Bowlby'ego.

Colin Murray Parkes odwiedził w Chicago Elisabeth Kübler-Ross, która w latach 60. pracowała nad książką „Rozmowy o śmierci i umieraniu” [22]. Nie jest więc dziełem przypadku opisanie faz zmagania się z trwogą śmierci przez Kübler-Ross w podobny sposób do wskazanego powyżej. Dynamika procesu żalu po stracie biegnie od zaprzeczania i izolacji, przez gniew, targowanie się z losem, depresję, by zakończyć na pogodzeniu się i akceptacji zbliżającej się śmierci. Pośredni wkład twórcy teorii więzi w rozwój opieki hospicyjnej polega też na tym, że John Bowlby przedstawił młodego psychiatrę, jakim na przełomie lat 60. i 70. był C.M. Parkes, założycielce ruchu hospicyjnego Cicely Saunders [9]. Teoria przywiązania, która przeżywa renesans, z sukcesem jest wykorzystywana do dziś w terapii psychologicznej chorych umierających i osieroconych rodzin. To Saunders i Parkes zaproponowali nowy wzorec postrzegania umierających i osieroconych jako osób zmagających się z szeregiem strat i żałobą, która jest procesem nastawionym na osiągnięcie nowej tożsamości w nowych okolicznościach. Zarówno śmiertelna choroba, jak i żałoba oznaczają konieczność znalezienia nowej tożsamości w nieodwracalnie odmiennych warunkach życiowych. Celem dokończony żałoby jest zachowanie pamięci o zmarłym, z którym osieroconego łączyły silne więzi psychiczne, jednakże nie na tyle bolesnej, ażeby blokować zdolność inwestowania energii psychicznej w przyszłe cele życiowe przez osobę osieroconą. Tu także powinno się znaleźć miejsce na stworzenie nowej relacji miłości. Jest to zachowanie wspomnień po minionej relacji jako części doświadczeń i tożsamości i zwrócenie się ku przyszłości [18, 23].

Zakończenie

Zrozumienie subtelnych w swym charakterze potrzeb dziecka hospitalizowanego jest dość powszechne, jednak nie zawsze towarzyszy mu świadomość, że stało się to za sprawą prominentnych psychoanalityków – Johna Bowlby'ego oraz Jamesa Robertsona, dwóch wielkich badaczy, którzy poświęcili swą energię i dociekania procesom rozwoju psychicznego dzieci. Pionierski dorobek tych badaczy oddawał ówczesne zainteresowania wielu niemniej znamienitych, jak Balint, Winnicot, Parkes, Kübler-Ross czy Anna Freud. Teoria więzi

w praktyce przyczyniła się do większego zrozumienia potrzeb dzieci przeżywających różnorakie traumy separacyjne. Przyjęcia do szpitali przebiegają zgodnie z regułami nakazującymi personelowi z równą troską zwracać uwagę na potrzeby zdrowotne i psychiczne najbardziej wrażliwych spośród pacjentów. Jednym z pozytywnych skutków nowego podejścia jest tak kontrowersyjne kiedyś przyzwolenie na obecność rodziców na oddziale szpitalnym i towarzyszenie dziecku w pełnych stresu chwilach.

Codziennosc na oddziałach pediatrycznych potwierdza znaczenie tych pionierskich badań. Są one najbardziej właściwym miejscem dla urzeczywistnienia w praktyce tez o psychoanalitycznym rodowodzie. Kierując się nimi, personel leczący sprawia, iż pobyt dzieci w szpitalach nie jest, jak dawniej, związany z traumą psychiczną dla małych pacjentów i ich rodziców [16, 24]. Dla właściwej terapii procesu żałoby niezbędne jest zrozumienie, że osieroczone dzieci zachowują więź ze zmarłym rodzicem poprzez zachowanie i celebrowanie pamięci o nim, uczuciach obecnych w tych relacjach i ich znaczeniu. Uczenie, jak przechowywać w pamięci zmarłego rodzica, przedstawianie znaczenia jego miłości dla dziecka, jak też sposobu celebrowania symbolicznej więzi są decydującymi czynnikami w rozwoju poznawczym dziecka i dynamice osieroczonej rodziny. Przede wszystkim należy stwierdzić, że ich walor polega na umożliwieniu dziecku przepracowania żalu po stracie i rozwoju w obliczu straty. Osoby, które miały ufne style przywiązania (bezpieczne) ze zmarłym rodzicem, łatwiej rozwiązywały problem żałoby [Parkes 1991; 25]. Te, które przejawiały więcej komplikacji w czasie żałoby, demonstrowały więzi lękowe ze zmarłym rodzicem.

Istotą teorii przywiązania jest wskazanie, że pełne ciepła, serdeczności i miłości relacje między rodzicami a dzieckiem pogłębiają jego dobrostan psychiczny i emocjonalny i stanowią fundament zdrowego poczucia bezpieczeństwa. Wkładem nurtu psychoanalizy, który rozwinął John Bowlby i jego następcy, jest ukazanie poczucia więzi emocjonalnej lub po prostu miłości jako pięknego, złożonego i rozwijającego ludzkiego doświadczenia [26].

Piśmiennictwo

1. Bowlby J. *Child Care and the Growth of Love*. Penguin, Harmondsworth 1953.
2. Bowlby J. *Przywiązanie*. PWN, Warszawa 2007.
3. Cramer B. *Pierwsze dwa lata, co dzieje się pomiędzy matką, ojcem i dzieckiem*. GWP, Gdańsk 2003.
4. Grosskurth P. *Melanie Klein: Her world and her work*. Harvard University Press, Cambridge 1987.
5. Rutter M. *Maternal Deprivation Reassessed*. Penguin, Harmondsworth 1972.
6. Dodziuk A. *O śmierci – z dziećmi tak jak z dorosłymi*. W: Binnebesel J, Janowicz A, Krakowiak P (red.). *Jak rozmawiać z ucznia-*

- mi o końcu życia i wolontariacie hospicyjnym. Fundacja Hospicyjna, Gdańsk 2009.
7. Bowlby J. *Maternal care and mental health*. World Health Organization Monograph 1951, Serial No. 2.
8. Bowlby J. *Grief and mourning in the infancy and early childhood*. *The Psychoanalytic Study of the Child* 1960; VX: 3-39.
9. Bretherton I. *The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth*. *Develop Psychol* 1992; 28: 759-775.
10. Spitz R. *Hospitalism: an inquiry into the genesis of psychiatric condition in early childhood*. W: Freud A, Hartmann H, Kris E (red.). *Psychoanalytic study of the child*. International University Press, New York 1945.
11. Levy D. *Child patients may suffer psychic trauma after surgery*. *Modern Hospital* 1945; 65: 51-52.
12. Platt H. *The welfare of children in hospital*. Ministry of Health, Central Health Services Council, London 1959.
13. Corr CA. *Developmental perspectives on grief and mourning*. W: Doka KJ, Davidson JD (red.). *Living with grief: who we are, how we grieve*. Brunner/Mazel, Philadelphia 1998; 143-159.
14. Block B, Stelcer B. *Śmierć i żałoba w szkole – implikacje praktyczne*. W: Binnebesel J, Janowicz A, Krakowiak P (red.). *Jak rozmawiać z uczniami o końcu życia i wolontariacie hospicyjnym*. Fundacja Hospicyjna, Gdańsk 2009.
15. Łoś Z. *Pięćdziesiąt lat badań nad przywiązaniem u ludzi i zwierząt*. W: Bartosz B, Klebaniuk J (red.). *Wokół Jakości Życia – Studia Psychologiczne*. Wydawnictwo Jakopol, Wrocław 2006.
16. Binnebesel J. *Kształtowanie idei i myśli opieki hospicyjnej w szkole*. W: Binnebesel J, Janowicz A, Krakowiak P (red.). *Jak rozmawiać z uczniami o końcu życia i wolontariacie hospicyjnym*. Fundacja Hospicyjna, Gdańsk 2009.
17. Freud Z. *Żałoba i melancholia*. W: Walewska K, Pawlik J (red.). *Depresja, ujęcie psychoanalityczne*. PWN, Warszawa 1992; 28-41.
18. Stelcer B. *Osierocenie dorosłych – problem radzenia sobie z żalem po stracie*. *Ann UMCS Sect. D* 2000; 55 Suppl. 7: 283-286.
19. Stelcer B, Block B. *Miłość i bezpieczeństwo wolne od bólu – refleksje na temat śmierci i żałoby dzieci w szkole*. W: Binnebesel J, Janowicz A, Krakowiak P (red.). *Jak rozmawiać z uczniami o końcu życia i wolontariacie hospicyjnym*. Fundacja Hospicyjna, Gdańsk 2009.
20. Parkes CM, Weiss RS. *Recovery from bereavement*. Basic Books, New York 1983.
21. Parkes CM. *Bereavement: Studies in Adult Life*. International Universities Press, New York 1972.
22. Kübler-Ross E. *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. PAX, Warszawa 1979.
23. Stelcer B. *Gorzka cena miłości, czyli o bólu żałoby*. *Paedagogia Christiana* 2006; 1: 111-122.
24. Binnebesel J. *Cierpienie w oczach dziecka z chorobą nowotworową w kontekście dezintegracji pozytywnej Kazimierza Dąbrowskiego*. Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Edukacji Zdrowotnej, Łódź 2010.
25. Sable P. *Attachment, anxiety loss of a husband*. *Am J Orthopsychiatry* 1989; 59: 550-556.
26. Brenman E. *Odzyskanie dobrego obiektu*. Replika, Zakrzewo 2010.