

Vladimir Stančić,

Visoka defektološka škola Sveučilišta u Zagrebu

## PSIHOLOŠKE POSLJEDICE HOSPITALIZACIJE DJECE S KRONIČNIM BOLESTIMA

### U v o d

Bolest pripada realnosti života. Dječji život nije pošteđen takve realnosti sa svim psihičkim posljedicama koje ona nosi. Problem o kojem ovdje raspravljamo pripada odnosu »bolesno dijete — bolest — okolina«. Taj odnos sadrži tri člana od kojih svaki dopušta zasebnu analizu; psihološki sadržaj, odnosno psihički utjecaj, svakog od ovih članova daje svoj, ali sinergičan doprinos u formiranju strukture odnosa sa specifičnim psihičkim posljedicama za hospitalizirano dijete. Apstrahirajući od dobi djeteta ono npr. može da bude sigurno, emocionalno i socijalno adaptirano, samopouzđano, sposobno za socijalnu integrativnu djelatnost, — ili pak tjeskobno, neadaptirano, malodušno — sve to i prije nastupa bolesti. Bolest može biti lakša ili teža, s boljom ili lošijom prognozom, socijalno vidljiva ili sakrivena (npr. bolest kostiju s deformacijama ili pak neke kardiopatije), s indirektnim psihičkim posljedicama ili s direktnim psihičkim posljedicama, kao npr. u nekih endokrinopatija. Okolina (obiteljska, bolnička ili šira) može biti takva da dijete prihvaća ili ga odbacuje, prijateljska ili hladna, stimulatívna ili destimulatívna, tjeskobna ili ohrabrujuća itd.

Može se pretpostaviti da ove i druge nespomenute karakteristike svakog od člana odnosa djeluju na situaciju hospitaliziranog djeteta, pa bi na taj način čak bilo moguće objasniti raspodjelu »stanja adaptacije na hospitalizaciju« eventualno u smislu normalne distribucije. No i u takvom slučaju ostaje još uvijek znatan broj djece za koju hospitalizacija, zbog djelovanja čitavog niza faktora, ostaje jedno za daljnji njihov život štetno iskustvo. To su djeca koja nas interesiraju.

## Teoretski model

Istraživanja o efektima hospitalizacije na djecu — koja su provedena na dobro izoliranim varijablama i precizno definiranim i selekcioniranim slučajevima — relativno su malobrojna i u inozemstvu; kod nas, koliko je autoru poznato, praktički ih nema. Međutim, rezultati i onih istraživanja koja su provedena mogu dobiti na značenju i smislu ako se pokaže da su oni manifestacije nekog dubljeg i šireg zakona psihičkog djelovanja. Naučna vrijednost određenih rezultata istraživanja najveća je ako se pokaže da su oni predvidivi na osnovu djelovanja nekih fundamentalnih zakona. Ne radi se ovdje, naravno, ni o kakvom apriorističkom stavu; ako empirijski nalazi ne potvrde teoriju (koja je svakako već na neki način empirijski osnovana), to može značiti ili ograničenje djelovanja zakona sadržanih u teoriji ili uopće njezino obaranje.

Kao teoretski model u ispitivanju efekata hospitalizacije može nam uz izvjesne preinake poslužiti teorija adaptacije opisana na drugom mjestu (18). No dva su razloga zbog kojih taj teoretski model valja proširiti: 1. Spomenuta teorija pokušava objasniti samo teškoće adaptacije koje su karakteristične za osobe sa somatopsihičkim oštećenjima, pa prema tome i za djecu s kroničnim bolestima. Ovdje pak nastojimo naći takav teoretski model koji će obuhvatiti i druga odstupanja, a ne samo ona na području adaptivnog ponašanja; 2. Eventualno je moguće da se opisana teorija adaptacije svede na jedan fundamentalni zakon socijalnog razvoja jedinke.

Čini se da taj zakon postoji: to je **zakon komunikacije**. On nije nov, čak ni u ovom kontekstu; njega spominju različiti autori pod različitim nazivima, ali u svoj širini istaknuli su ga H. H. Anderson i G. L. Anderson (1). Pojam komunikacije treba shvatiti u najširem smislu, pa su bili učinjeni pokušaji da se nađu sličnosti i razlike u teoriji komunikacije u fizici, fiziologiji, neurologiji i psihologiji. Svakako da razlike postoje, ponajprije u tome što je čovjek otvoren sistem, a život jedan ireverzibilan proces (1). S time u vezi interesantna je primjena dva pojma na području psihologije, koji su inače poznati iz fizike, odnosno biologije: to su entropija i pojam koji označava obratan proces, a prvi ga je predložio Brillouin — to je negentropija (5). Entropija se odnosi na proces kojim se energija više kvalitete degradira na energiju niže kvalitete; prema tome, entropija je degradacija energije. Obratan proces, dakle promjene energije u pravcu viših kvaliteta, jest negentropija.

Što znači primjena tih pojmova na području psihosocijalnog razvoja? Psihosocijalni razvoj jedinke osniva se na komunikaciji; čovjek je otvoreni sistem, što znači da energija i stimulacija teče u oba pravca, obostrano

s obzirom na odnos čovjek—okolina. Tamo gdje je najveća komunikacija, ponašanje pokazuje spontanost, diferencijaciju, socijalnu integraciju, tj. harmoničan rad s drugima, izmjenu mišljenja, otvorenost novim informacijama, dakle visoki stupanj organizacije. Komunikacija je, međutim, jedan pol kontinuuma kojemu se na drugome polu nalazi dominacija. Nedostatak komunikacije različitih stupnjeva vodi do različitih stupnjeva dominacije, odnosno do degradacije psihičke energije, drugim riječima do psihološke entropije. Karakteristike ponašanja povezane s degradacijom psihičke energije nedostatak su spontanosti, rigidnosti, tjeskoba i sl., a uvjetovane su autoritativnošću i dominacijom, nedostatkom emocionalnog odnosa, upotrebom sile, prijetnji i njihovim simboličkim oblicima kao što su stid, sramoćenje, krivnja (1). Obostrano komuniciranje postaje jednostrano ili uopće nestaje, kao npr. kod teških psihotičkih slučajeva, gdje je gotovo prekinuta komunikacija s vanjskim svijetom.

Gdje će se individuum naći na kontinuumu ponašanja (a taj položaj ne mora biti i redovito nije stalan), kojemu jedan pol — pozitivan — čini socijalno integrativno ponašanje, a drugi — negativan — pol čini dezintegracija, deterioracija i psihoza, ovisi o stupnju komuniciranja, što znači od prirode odnosa prema okolini i obratno, od zahtjeva okoline, motivacije osobe, stupnja mogućnosti zadovoljenja potreba, bolesti, slobode djelovanja.

Entropija psihičke energije posljedica je nedostatka komunikacije. No situacija nije uvijek bezizgledna; von Bertalanffy (3) je istakao da je u većini fizičkih sistema konačno stanje procesa određeno početnim uvjetima. Nasuprot tome, razvoj je **ekvifinalan**, kako on kaže; on je nezavisan od početnih uvjeta. Ta nezavisnost je, naravno, relativna, ali ona omogućava formulaciju hipoteze da terapija, odnosno u našem slučaju psihoterapija (ili u još širem smislu: rehabilitacija), može ubrzati razvojni proces i pomoći subjektu da nadoknadi izgubljeno vrijeme, barem do izvjesne granice.

## Bolesno dijete

Ranije je rečeno da problem o kojemu raspravljamo pripada odnosu »bolesno dijete — bolest — okolina«. Svaki od članova ovog odnosa u zajedničkom djelovanju može dovesti do specifičnih efekata hospitalizacije. U okviru problema koji nas interesira korisna je apstrakcija da bar prethodno posebno promatramo bolesno dijete, a posebno bolest.

Ispitivanja su pokazala da postupci i stavovi roditelja imaju važnu ulogu u adaptaciji djece s kroničnim bolestima. Dominantni roditelji koji is-

kazuju za dijete suviše očito svoju zabrinutost i strah, svojim postupcima ispoljavaju suviše protektivne stavove, ne uspostavljaju ili narušavaju obostranu komunikaciju; inducirana tjeskoba u djeteta sprečava njegovu spontanost u formiranju odnosa s okolinom i vodi do teškoća adaptacije. Nađeno je, nadalje, da intenzitet tjeskobe roditelja i načini njezina izražavanja ne ovise toliko o ozbiljnosti bolesti djeteta koliko o emocionalnim potrebama roditelja i o njihovim bazičnim stavovima prema djeci (14). Ima znatan broj roditelja koji doživljavaju svoju djecu kao vlastitu ekstenziju, odnosno kao vlastitu narcističku sliku; dijete s oštećenjem ili s kroničnom bolesti može predstavljati prijetnju narcisizmu roditelja. Na tu prijetnju roditelji različito reagiraju i time također određuju reakcije svoje djece. Szurek je opisao nekoliko načina reagiranja roditelja na takvu prijetnju (14) i može se pokazati da te reakcije zauzimaju različita mjesta na kontinuumu komunikacija — dominantnost.

Veliki je broj djece prije nastupa kronične bolesti bio zdrav. Kako će djeca reagirati na bolest i na hospitalizaciju vjerojatno zavisi od osnova ličnosti djeteta koji su položeni prije nastupa bolesti. Degradacija psihičke energije ili nedovoljne negentropije ovisna je o usporenom ili nedovoljnom procesu komuniciranja s okolinom. Anderson i Anderson upozoravaju na prilično davna ispitivanja Spitzza (16), zatim Spitzza i Wolfa (17), koja su ukazala na pojavu, kako oni kažu, »psihijatrijskih stanja« u ranom djetinjstvu uvjetovanih nedostatkom komunikacija i majčinskih emocija.

Rani emocionalni odnos, naročito majke prema djetetu, toliko je istican u posljednje vrijeme, naročito poslije ispitivanja Bowlbyja (14), da je jedva potrebno ovdje nešto ponavljati. Možemo samo spomenuti da su pedijatri već početkom stoljeća upozoravali na visoki procent smrtnosti među institucionaliziranom dojenčadi i na relativno nizak procent smrtnosti među onom dojenčadi koja su rano posvojena i odgojena od pomajki. Institucionalizirana dojenčad umirala je unatoč adekvatnoj prehrani i čistoći. Kasnije je, u toku daljih decenija, smrtnost opadala, ali procent poremetnja ličnosti ostao je visok. Autor, od kojega su ovi podaci uzeti, zaključuje da je za takvo stanje odgovoran nedostatak razumijevanja snage interakcije ponašanja, odnosno da je teška emocionalna deprivacija doprinosni faktor u mnogim slučajevima ireverzibilnih razvojnih defekata (6). Majka ili osoba koja je zamjenjuje nužna je za normalni razvoj djeteta, pa se govori i o simbiozi majke i djeteta u ranoj fazi dječjeg razvoja (6), u kojoj dobivaju na osnovu izmjene iskustava i majka i dijete. Princip komunikacije u najširem smislu opet se pokazuje djelatnim, a razvoj spontanosti dovodi do korisne disolucije ove simbiotičke jedinice.

Nije moguće a niti nužno da se ovdje učini ma i najskromniji pokušaj obuhvaćanja svih onih faktora koji mogu utjecati na formiranje dječje ličnosti prije bolesti ili u toku nastupa same bolesti. Navedeni su primjeri, čini se, dovoljni da ilustriraju tezu da dijete ulazi u situaciju hospitalizacije s određenim »mirazom« karakteristika koje su određene stupnjem komuniciranja; od tog miraza karakteristika zavisi, među ostalim, kako će ono reagirati na hospitalizaciju.

## Bolest

Govoreći o efektima hospitalizacije treba prije svega uzeti u obzir reakcije na samu bolest; u bolnicu dolazi bolesno dijete, tako da bismo mogli reći da se psihičke posljedice hospitalizacije superponiraju na reakcije na bolest. Autori koji su se bavili tim problemima ističu da bolest može imati jedinstveno značenje za dijete i za roditelje. Kada dijete oboli, događaju mu se mnoge stvari, za njega neobične i nove, koje ono ne može shvatiti. Ono se osjeća slabo, razdražljivo je, ne zna zbog čega je postalo bolesno.

Postoje neke manje-više općenite reakcije na bolest, a i takve koje su uvjetovane specifičnim oboljenjima. Među općim reakcijama na bolest mogu se spomenuti slijedeće: 1. Razvijanje uvjerenja u neke djece da je bolest nastala kao kazna, da su oboljela jer su bila »zla«, pri čemu se kao prekršaji spominju sasvim banalni dječji postupci. 2. Dosta se često javlja regresija na ranije razine emocionalnog i socijalnog funkcioniranja, kao jedan od oblika psihičke entropije. 3. Razvijanje manje ili više trajnih reakcija zavisnosti. Neka djeca nastoje infantilni odnos k svojoj okolini učiniti trajnim. Ona nerado napuštaju ugodnu sigurnost i povlašteni položaj koji su stekla za vrijeme bolesti. To je daljnji oblik degradacije psihičke energije. 4. Agresija, buntovništvo, zamjeranje. Neka djeca okrivljuju druge zbog svoje bolesti. 5. Kronične invalidne reakcije, koje su vjerojatno rezultat suviše očitog ispoljavanja zabrinutosti roditelja. Te se reakcije manifestiraju u trajnoj preokupaciji djeteta s tjelesnim funkcijama i fizičkim stanjem. 6. Postoje i konstruktivne dječje reakcije na bolest. U takve djece bolest uvjetuje minimum emocionalnih poremetnja. Ako se bolesno dijete dobro tretira i emocionalno je stabilno, tada bolest može imati i pozitivno značenje za razvoj djeteta (12).

Po posebnim karakteristikama pojedine bolesti mogu imati i specifične efekte na bolesno dijete. Tako npr. tuberkuloza pluća po svojoj kroničnosti, potrebi za izolacijom i mirovanjem, opasnošću za život, činjenicom da se ona relativno češće javlja u adolescenciji, kada se na ličnost postav-

Ija čitav niz zahtjeva na nove oblike adaptacije, može imati niz psihičkih posljedica kao što su pokazala istraživanja Duboa i Bellaka (14). Kardiopatska djeca pokazuju neke karakteristike kao skupina. Treba uopće ukazati na posebnu povezanost kardiovaskularnih funkcija i određenih doživljaja. Wolf i Wolf su pokazali da stalne slabe stress situacije povezane s tjeskobom, srdžbom, čuvstvom krivnje, tenzijom i frustracijom izazivaju i kod zdravih odraslih ljudi kratki dah, palpitaciju, vrtoglavicu, srčane bolove. Samo srčano oboljenje predstavlja za dijete jednu manje-više stalnu stress situaciju, tako da ovdje imamo jedan **circulus vitiosus**. Srčana oboljenja vode, nadalje, do ograničenja fizičkih aktivnosti. Kako je u kući izvor tih restrikcija najčešće majka, to dolazi do formiranja lošijih odnosa s majkom nego s ocem, dok je u djece s drugim oblicima somatopsihičke oštećenosti situacija obratna, kao što je pokazao Cruickshank (7). Jedno je ispitivanje pokazalo da kardiopatska djeca kao grupa pokazuju pretežno reakcije pasivnosti, da nemaju dovoljno inicijative i želje za uspjehom, da ne iskorištavaju dovoljno svoje intelektualne sposobnosti te da pokazuju tendenciju k apatiji i introverziji. Unatoč tih teškoća adaptacije, ipak je Cruickshank na osnovu jednog svog istraživanja pokazao da su kardiopatska djeca po nizu svojih karakteristika ipak sličnija normalnoj djeci od ostale tjelesno invalidne djece, a taj svoj nalaz objašnjava hipotezom da je to možda zbog toga što je njihovo oštećenje socijalno sakriveno; ona su sa gledišta socijalnih stavova potpuno normalna, tako da u tom pogledu za njih nema teškoća u uspostavljanju socijalnih odnosa (7).

Ima čitav niz oboljenja koja uz indirektni vrše i direktni utjecaj na psihički život djeteta, kao što su npr. cerebralna paraliza, uopće lezije mozga, različite endokrinopatije itd. No ono što je rečeno dovoljno je da ilustrira dvije teze: 1. bolest može dovesti do narušavanja sistema komunikacije, do usporavanja procesa interakcije s okolinom i tako do degradacije psihičke energije, odnosno do psihičke entropije; 2. dijete dolazi katkada u bolnicu s izgrađenim načinima reagiranja na bolest, što u zajednici s hospitalizacijom dovodi do specifičnih efekata.

## Okolina

Pojam okoline ima, daleko, daleko šire značenje od bolničkog smještaja; no mi ćemo se ovdje ograničiti, da bismo ostali u okviru problema, na razmatranje efekata hospitalizacije.

Skup onih faktora koji za vrijeme bolničkog smještaja vrše utvrđeni ili pretpostavljeni utjecaj na razvoj ličnosti djeteta neki autori zovu »hospitalizam«. Sva istraživanja nisu po svojim rezultatima jednoznačna, pa svi

autori ne procjenjuju hospitalizam na jednaki način. U svakom slučaju pod hospitalizmom se smatra jedan oblik socijalne deprivacije kojoj su izložena djeca za vrijeme bolničkog smještaja, gdje im se posvećuje manje pažnje (osim, naravno, medicinske) sa strane odraslih i gdje su manje stimulirana na razvoj govora (11). Spitz (16) i Fisher (10) naročito su ukazali na to da je dijete u institucijama frustrirano u svojim pokušajima da formira libidonalni odnos s majkom ili njezinom zamjenom. Smatra se da je taj odnos bitan za normalni mentalni razvoj, naročito od 3 do 6 mjeseci života. Ispitivanja nekolicine autora pokazuju da institucionalizirana i hospitalizirana dojenčad plače daleko više i češće nego dojenčad normalno odgajana u obitelji (13). Ta činjenica ima značajnih implikacija za emocionalni razvoj i za razvoj govora. Van Riper upozorava da malo dijete koje mnogo vremena provodi u plaču ima manje vremena za eksperimentiranje s drugim glasovima i pokretima ustiju i tijela, što najčešće može imati kao posljedicu ozbiljna oštećenja artikulacije (15). Lako je zaključiti kakve posljedice može imati nedostatan razvoj emocija i govora za proces komunikacije s okolinom.

**To su specifične posljedice rane hospitalizacije;** postoje, međutim, i takve koje se javljaju i u ranoj i u kasnijoj dobi hospitalizirane djece. Hospitalizacija, naročito ako je dugotrajnija, predstavlja izvor naročitih iskustava za djecu. Psihičke posljedice hospitalizacije mogu se podijeliti u tri vrste: 1. one koje nastaju u času polaska, odnosno dolaska u bolnicu, a svode se na reakcije tjeskobe u vezi s napuštanjem sigurne atmosfere obiteljske sredine i dolaskom u nepoznatu i nerijetko impersonalnu atmosferu bolničkog smještaja; ovamo spada i početni period poremećenog ponašanja u bolnici; 2. one koje nastaju u periodu hospitalizacije kao pokušaji prilagođavanja novoj sredini; 3. one koje se javljaju po povratku kući, obično nakon latentnog perioda, kad se dijete ponaša tako kao da svojim neprijateljskim i agresivnim impulsima želi neprestano stavljati na kušnju ljubav roditelja i tako se ponovo i ponovo u nju uvjeriti. Na ove tri vrste psihičkih posljedica hospitalizacije djece još je pred više od dvadeset godina upozorio Edelman (9) i s time u vezi naročito na tjeskobu odvajanja još prije značajnog ispitivanja koje je izvršio Bowlby.

Jedno ispitivanje koje su završili Prugh i suradnici (14) pokazuje da su najosjetljivija na okolnosti u vezi s hospitalizacijom djeca ispod tri godine. Takva djeca često interpretiraju rastanak s majkom kao kaznu ili napuštanje. Tu reakciju nalazimo i kod starije djece, ali ne tako često. Nađeno je, nadalje, da se najuspješnije adaptiraju hospitalizaciji ona djeca koja imaju najbolji odnos sa svojim roditeljima; ona, dakle, ulaze u situaciju koja traži nove adaptacije, a za vrijeme bolesti koja sama po sebi može sadržavati

oslabljenu sposobnost komunikacije, sa stabilnom ličnošću, odnosno sa za-  
 lihom sposobnosti koja omogućuje otpor prema sniženoj razini komunika-  
 cije. Pokazuje se, dakle, da svojstva ličnosti djeteta, bolest kao takva i si-  
 tuacija bolničke okoline zajedno dovode do određenih posljedica hospitali-  
 zacije.

Dugotrajna hospitalizacija vrši utjecaj na ličnost djeteta zbog snižene  
 razine komunikacije, emocionalne i intelektualne. Dugotrajnost je pri to-  
 me sasvim relativni pojam, budući da za manje dijete koje nema moguć-  
 nosti realne procjene vremena i kraće napuštanje roditeljskog doma ima  
 drugačije značenje nego za odraslije dijete ili za odraslog čovjeka. Nedo-  
 voljno posvećivanje pažnje djetetu i njegovim psihičkim potrebama, uz naj-  
 veću moguću fizičku njegu i najadekvatniji medicinski tretman, mogu do-  
 vesti do degradacije psihičke energije, što se vrlo ilustrativno prikazuje u  
 regresivnom ponašanju koje ne mora biti samo reakcija na bolest već i na  
 atmosferu dominacije u bolničkoj ustanovi. Karakteristike regresivnog po-  
 našanja u takvom slučaju mogu biti jedna ili više od slijedećih: 1. sužava-  
 nje interesa: objektivna stimulacija se smanjuje, a snaga internalne stimu-  
 lacije raste; 2. dijete postaje intolerantno i sebično, budući da zbog zatva-  
 ranja u svoj mali egocentrički svijet postaje nesposobno da procjenjuje  
 potrebe drugih; 3. javlja se apatija, budući da je okolina uvjetovana hospi-  
 talizacijom uža i manje raznolika po svojim zahtjevima od realnosti zdra-  
 vog djeteta; 4. razvija se zavisnost i nesigurnost; 5. mogu se razviti, osobito  
 kod veće djece, hipohondrične tendencije (2).

Treba istaknuti da ima autora, kao npr. Kanner i Lachman, Barraclough,  
 Minski, Crothers i drugi (2), koji naglašavaju da bolest i hospitalizaci-  
 ja nemaju tako ozbiljne posljedice za djecu kao što se obično misli. Dapače,  
 neki smatraju da bolnica osigurava bolju emocionalnu klimu za dijete od  
 roditeljskog doma. »Bolnička klima je mirna, činjenična i neemocionalna.  
 Ne dopušta se da se bilo kakvi nepotrebni stresovi vežu uz manje žalbe i  
 zahtjeve i dijete je nesvjesno vođeno tome da prihvati svoje pravo mjesto  
 u svojoj maloj zajednici.« Teško je podržavati takvu neutralnu emocional-  
 nu klimu kod kuće, tako da tu obično dolazi do nepovoljnih utjecaja i tako  
 često kao posljedice bolesti nastaju devijacije ponašanja. Takve devijacije  
 nisu nužno rezultat bolesti i hospitalizacije, već neprikladnih emocionalnih  
 reakcija roditelja.

Takvi kontroverzni zaključci na osnovu različitih ispitivanja dijelom  
 su rezultat različitih shvaćanja o prirodi i potrebama djeteta, a dijelom  
 se osnivaju na nedostatku adekvatnih podataka o ponašanju bolesne i hos-  
 pitalizirane djece (2). Treba napomenuti da je većina ozbiljnih istraživanja  
 na tom području u skladu s ranije navedenim mišljenjima.



Posebno je pitanje utjecaja hospitalizacije na intelektualni razvoj. Različita ispitivanja hospitalizirane djece s kroničnim oboljenjima različitih vrsta pokazala su da su prosječni kvocijenti inteligencije takve djece niži od onih u normalne djece. Tu, naravno, treba isključiti takva kronična oboljenja koja su povezana s lezijama mozga. Npr. u djece s posljedicama poliomijelitisa nađen je prosječni QI 92, s tuberkulozom kostiju i zglobova 88; na jednoj grupi od 300 tjelesno invalidne djece nađen je prosječni QI 88. Ustanovljeno je da kardiopatska djeca po rezultatima na testovima inteligencije padaju u niži prosjek, ali uz značajnu varijabilnost rezultata (7).

Doista je teško pretpostaviti da sama bolest može imati bilo kakvu direktnu vezu s nižom razinom inteligencije; npr. nije lako razumjeti zašto bi postojala bilo kakva direktna veza između kardiopatija i nižeg nivoa intelektualnog funkcioniranja. Vjerojatnije se tu radi o posljedicama nedovoljne komunikacije i nedostacima stimulacije već u roditeljskom domu, ako je dijete ranije bilo bolesno, a zatim o analognim efektima dugotrajnije hospitalizacije. Treba istaknuti da je veliki dio navedenih ispitivanja bio izvršen pomoću testova koji su barem djelomično tražili normalnu verbalnu sposobnost koja može biti, kao što smo vidjeli ranije, u ranim uvjetima hospitalizacije ozbiljno oštećena. Treći moment koji valja istaknuti već je ranije spomenuta apatija i nedostatak poriva za uspjehom u bolesne djece, što može utjecati na njihove rezultate u testovima.

No vjerojatno je da se izvjesno zaostajanje u inteligenciji u nizu slučajeva može nadoknaditi. Neka su istraživanja pokazala da nedovoljna stimulacija za razvoj inteligencije u vrlo ranom djetinjstvu, a to znači do navršene prve godine života, nema permanentne efekte s obzirom na neke intelektualne funkcije (8). Dennis i Najarijan su ispitivanjem u jednom domu za nahočad ustanovili tzv. razvojni kvocijent djece od 2 do 12 mjeseci i našli da ta djeca, osim u dobi od dva mjeseca, značajno zaostaju za ostalom djecom iste dobi. Ispitivanje je izvršeno Cattellovom skalom za dojenčad. Zatim su ispitana djeca između 4, 5 i 6 godina starosti Goodenoughovim testom »crtež čovjeka«, Knoxovim kockama i Porteusovim labirintom. Zaostajanje je sada bilo znatno manje; prosječni razvojni kvocijenti, iako nešto niži od normalne populacije, padali su unutar prosjeka. Autori su zaključili da su djeca u toj instituciji normalna u dobi od dva mjeseca, u velikoj mjeri retardirana u dobi od 3 do 12 mjeseci, i gotovo normalna na nekim performance testovima u dobi između 4, 5 i 6 godina. Iako ispitivanje nije izvršeno longitudinalnom metodom, već metodom dobrih presjeka, što donekle umanjuje vjerodostojnost rezultata, a i sami autori priznaju da bi ispitanici u dobi između 4, 5 i 6 godina na mnogim drugim testovima pokazali izvjesnu retardaciju, naročito na onima koji traže verbal-

nu sposobnost, ipak s pravom zaključuju da retardacija koja je nađena u vrlo ranoj dobi nema kao posljedicu generalni i permanentni intelektualni deficit, što sadrži važne teoretske i praktične implikacije.

## Zaključci

Problem utjecaja hospitalizacije na djecu s kroničnim bolestima ne može se promatrati izolirano, već u okviru odnosa »bolesno dijete — bolest — okolina«, pri čemu se pod okolinom misli naročito na utjecaj bolničkog smještaja. Psihički utjecaj svakog od ovih članova daje svoj, ali sinergičan doprinos u formiranju strukture odnosa sa specifičnim psihičkim posljedicama za hospitalizirano dijete.

Kao teoretski model u ispitivanju efekata hospitalizacije može nam poslužiti teorija komunikacije. Snižena razina komunikacije u uvjetima bolesti i hospitalizacije dovodi do degradacije psihičke energije i do psihičke entropije.

Stavovi i postupci roditelja prije nastupa bolesti ili za vrijeme bolesti djeteta mogu imati utjecaja na one karakteristike ličnosti s kojima dijete dolazi u bolnicu te od kojih zavisi kako će ono reagirati na hospitalizaciju. Važan je, nadalje, utjecaj same bolesti. Postoje neke manje-više opće dječje reakcije na bolest, a i takve koje su određene specifičnim karakteristikama nekih bolesti. Neke bolesti vrše uz indirektno također i direktne utjecaje na ličnost, kao npr. cerebralne lezije, neke endokrinopatije itd.

U uvjetima hospitalizacije djeca, naročito manja, često su frustrirana u svojim pokušajima da formiraju emocionalne veze sa zamjenom majke; tjeskoba odvajanja daljnji je faktor koji dovodi do devijacija ponašanja. Eventualna impersonalna atmosfera bolničkog smještaja snižava razinu komunikacije, što se naročito očituje u regresivnom ponašanju djeteta. Najuspješnije se hospitalizaciji adaptiraju ona djeca koja imaju najbolji odnos sa svojim roditeljima.

Niz ispitivanja je pokazao da djeca s različitim vrstama kroničnih bolesti imaju niže prosječne kvocijente inteligencije od djece opće populacije. Vjerojatno se ovdje ne radi o direktnom utjecaju bolesti na razinu intelektualnog funkcioniranja (osim ako nisu po srijedi lezije mozga) već o nedovoljnoj stimulaciji i o socijalnoj deprivaciji. Ispitivanja su, nadalje, pokazala da razvojna retardacija u vrlo ranoj dobi, uvjetovana nedovoljnom stimulacijom, vjerojatno nema kao posljedicu generalni i trajni intelektualni deficit, što opravdava optimizam na području rehabilitacije.

Trebalo bi u našim uvjetima izvršiti istraživanja efekata hospitalizacije na djecu s kroničnim bolestima s dobro izoliranim i kontroliranim varijablama te s precizno definiranim slučajevima hospitalizirane djece.

#### LITERATURA

- (1) Anderson H. H. i Anderson G. L.: Social Development, u: Carmichael L.: Manual of Child Psychology, New York, 1965.
- (2) Barker R. G., Wright B. A., Meyerson L. i Gonick M. R.: Adjustment to Physical Handicap and Illness: A Survey of the Social Psychology of Physique and Disability. New York, 1953.
- (3) Bertalanffy L.: The Theory of Open Systems in Physics and Biology. Science, 1950, 111, 23-29. Citirano prema Anderson i Anderson, op. cit.
- (4) Bowlby J.: Materinska briga za dijete i duševno zdravlje. Zagreb, 1953. (Prijevod s engleskog).
- (5) Brillouin L.: Life, Thermodynamics and Information Theory. Amer. Scientist, 1949, 37, 554-568; Brillouin L.: Thermodynamics and Information Theory. Amer. Scientist, 1949, 38, 594-599. Citirano prema Anderson i Anderson, op. cit.
- (6) Cameron N.: Personality Development and Psychopathology. Boston, 1963.
- (7) Cruickshank W.: Psychological Considerations with Crippled Children, u: Cruickshank W.: Psychology of Exceptional Children and Youth. Englewood Cliffs, 1959.
- (8) Dennis W. i Najarijan P.: Infant Development and Environmental Handicap, u: Brackbill Y. i Thompson G.: Behavior in Infancy and Early Childhood. New York, 1967.
- (9) Edelston H.: Separation Anxiety in Young Children: A Study of Hospital Cases. Genetic Psychology Monographs, 1943, 28, 1-95.
- (10) Fisher L. K.: Hospitalism in Six-month-old Infants. Amer. J. Orthopsychiatr., 1952, 22, 522-533. Citirano prema Jones H. E., op. cit.
- (11) Jones H. E.: The Environment and Mental Development, u: Carmichael L.: Manual of Child Psychology, New York, 1965.
- (12) Langford W. S.: Physical Illness and Convalescence: Their Meaning to the Child. Journal of Pediatrics, 1948, 33, 242-250.
- (13) Mc Carthy D.: Language Development in Children, u: Carmichael L.: op. cit.

- (14) Newman J.: *Psychological Problems of Children and Youth with Chronic Medical Disorders*, u: Cruickshank W.: *Psychology of Exceptional Children and Youth*. Englewood Cliffs, 1959.
- (15) Riper van, Ch.: *Speech Correction — Principles and Methods*. Englewood Cliffs, 1965.
- (16) Spitz R. A.: *Hospitalism. An Inquiry into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood. Psychoanalytic Study of the Child*. 1945, Vol. I. New York: International Universities Press. Citirano prema Anderson i Anderson, op. cit.
- (17) Spitz R. A. i Wolf K. M.: *Anaclitic Depression. An Inquiry into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood. Psychoanalytic Study of the Child*. 1946, Vol. II. New York, International Universities Press. Citirano prema Anderson i Anderson, op. cit.
- (18) Stančić V.: *Psihološki aspekti tjelesne invalidnosti*, u: *Kompleksna rehabilitacija tjelesno invalidne djece i omladine*. Zagreb, 1968.

Vladimir Stančić, Zagreb

## PSYCHOLOGICAL EFFECTS OF HOSPITALISM ON CHILDREN WITH CHRONIC DISEASES

### SUMMARY

The problem of the effects of hospitalism on children with chronic diseases cannot be treated separately, but within the frame of relations »ill child-illness-environment«, when by environment the influence of hospital accomodation is meant. The psychological influence of each of these factors contributes synergically to the formation of the relation structure with specific psychological effects upon the hospitalized child.

In the study of effects of hospitalism the communication theory can serve as a theoretical model. The lowered level of communication in the conditions of the illness and hospitalism leads to the degradation of psychic energy and to psychic entropy.

Attitudes and behaviour of parents before the onset of illness or in the course of illness can influence those personality characteristics which the child has on entering the hospital, and upon which his reaction to hospital depends. The influence of illness per se is also important. There are some more or less general reactions of children to disease, and some of the reactions are determined by the specific characteristics of certain illnesses.

Some illnesses, beside indirectly influencing the child personality, influence it directly as for example cerebral lesions, some endocrinopathies etc.

In the hospital some children, especially the younger ones, are very often frustrated in their attempts to form libidinal object — relations with mother-substitutes, the separation anxiety is also a factor which leads to deviant behaviour. Impersonal atmosphere of the hospital lowers the level of communication and that is manifested especially in regressive behaviour of children. Those children who have best relations with their parents adapt most successfully to hospitalism.

In a number of studies it was found that children with different kinds of chronic diseases have lower average IQs than children in the general population. We are probably not dealing here with the direct influence of illness on the level of intellectual functioning (except in the cases of brain lesions), but with the deficient stimulation and social deprivation. The studies have shown that developmental retardation in young childhood caused by deficient stimulation has not as an effect a general permanent intellectual deficit, and so the optimism in the field of rehabilitation is justified.

In our country the effects of hospitalism on children with chronic illnesses is to be studied as well, with well-isolated and controlled variables and precisely defined hospital children cases.