

BARTOSZ H. OLSZEWSKI¹*Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, Polska*

ORCID 0000-0001-5826-0233

Zgłoszono: 21.05.2025; zrecenzowano: 1.07.2025; zaakceptowano do druku: 2.07.2025

RODZICIELSTWO W CIENIU CHOROBY – RELACJE Z DZIEĆMI Z PERSPEKTYWY ASYSTENTÓW ZDROWIENIA (EX-IN) W ROLI RODZICÓW

PARENTING AMID MENTAL HEALTH CHALLENGES – RELATIONSHIPS WITH CHILDREN FROM THE PERSPECTIVE OF MENTAL HEALTH ASSISTANTS (EX-IN) IN THE ROLE OF PARENTS

Abstract: This article examines parenting in the context of mental illness through the narratives of Mental Health Assistants (Ex-In) who raised children while coping with psychological strain. It considers biological, psychological, and social factors shaping family life, focusing on emotional bonds, communication, child self-esteem, and the impact of stigma. It also highlights that—with proper social, medical, and psychotherapeutic support and access to resources—relationships grounded in care and emotional presence are possible. Participants stress the need for social openness and systemic support for families facing mental health crises.

Keywords: parenting and mental health, parental mental disorders, parent–child relationship, Mental Health Assistants (Ex-In), child development in at-risk families

Streszczenie: Artykuł analizuje rodzicielstwo w kontekście zaburzeń psychicznych opierając się na narracjach Asystentów Zdrowienia (Ex-In), którzy wychowywali swoje dzieci w warunkach psychicznego obciążenia. Tekst uwzględnia biologiczne, psychologiczne i społeczne czynniki wpływające na funkcjonowanie rodziny, z naciskiem na jakość więzi, komunikację, samoocenę dziecka oraz wpływ stygmatyzacji. Wskazuje również, że przy odpowiednim wsparciu społecznym, medycznym i psychoterapeutycznym możliwe jest budowanie relacji opartych na trosce i emocjonalnej obecności. Refleksje uczestników podkreślają potrzebę społecznej otwartości i systemowego wsparcia rodzin doświadczających kryzysów psychicznych.

Słowa kluczowe: rodzicielstwo a zdrowie psychiczne, zaburzenia psychiczne rodziców, relacja rodzic–dziecko, Asystenci Zdrowienia (Ex-In), rozwój dzieci w rodzinach obciążonych

¹ **Bartosz H. Olszewski** – dr, adiunkt na Wydziale Społeczno-Ekonomicznym Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie. Adres e-mail: b.olszewski@uksw.edu.pl.

Wstęp

Relacje rodziców z zaburzeniami psychicznymi z ich dziećmi są wielowymiarowym zagadnieniem wymagającym uwzględnienia indywidualnych doświadczeń oraz kontekstu społecznego. Zaburzenia psychiczne mogą wpływać na zdolność pełnienia ról rodzicielskich, realizacji funkcji rodziny oraz rozwój dziecka i jego zdrowie psychiczne. Dzieci wychowujące się w takich rodzinach doświadczają wyzwań oraz unikalnych form bliskości i wsparcia. Wielu rodziców z zaburzeniami psychicznymi zmagają się z obawami o przyszłość swoich dzieci w kontekście potencjalnego dziedziczenia podatności na zaburzenia psychiczne. Mimo tego podejmują oni różnorodne strategie radzenia sobie, aby jak najlepiej wypełniać swoje obowiązki i budować więź ze swoimi dziećmi. Otwarte rozmowy o chorobie, wzajemne wsparcie oraz dążenie do stworzenia stabilnego środowiska rodzinnego są kluczowymi elementami umożliwiającymi zachowanie bliskości w relacji rodzic-dziecko.

Problematyka rodzicielstwa w kontekście zaburzeń psychicznych bywa analizowana głównie z perspektywy zagrożeń dla dobrostanu dzieci oraz złożoności relacji rodzinnych. W literaturze wskazuje się, że dzieci rodziców z poważnymi zaburzeniami psychicznymi mogą doświadczać obniżonej jakości życia, niepewności relacyjnej oraz ograniczeń w zakresie wsparcia emocjonalnego i struktury codzienności (Bee et al., 2014; Reupert, Maybery, Kowalenko, 2015). Badania pokazują również, że zaburzenia psychiczne rodzica wpływają na kształtowanie się relacji rodzinnych, więzi i poczucia bezpieczeństwa u dzieci (Gladstone, Boydell, Seeman, McKeever, 2011). Obciążenia związane z chorobą często skutkują niestabilnością emocjonalną, co może utrudniać pełnienie roli wychowawczej i sprzyjać odwróceniu ról w rodzinie. Rodzicielstwo w warunkach poważnej choroby psychicznej wiąże się nie tylko z deficytami w zakresie opieki, ale również z wysiłkami na rzecz jej utrzymania pomimo ograniczeń (Oyserman et al., 2002).

Synteza metodologiczna

Badaniem jakościowym objęci byli Asystenci Zdrowienia (Ex-In) – osoby zatrudnione w systemie ochrony zdrowia psychicznego, którzy łączą wiedzę zdobytą podczas specjalistycznego szkolenia z osobistym doświadczeniem kryzysu psychicznego. Nazywani „ekspertami przez doświadczenie”, wykorzystują przepracowaną historię własnej choroby w relacjach pomocowych. Dzięki przygotowaniu obejmującemu kurs teoretyczny i staż w instytucjach psychiatrycznych oraz środowiskowych, wspierają pacjentów oraz ich bliskich emocjonalnie i organizacyjnie (Zob.: Bartosiewicz-Niziołek, Błasiak, Olszewski, Ostrowska, Wojciechowska 2021; Bartosiewicz-Niziołek, Kaczmarczyk-Partyka, Olszewski, Ostrowska 2021; Bartosiewicz-Niziołek, Olszewski, Ostrowska 2022; Olszewski 2024). Od stycznia 2023 roku wszedł w życie przepis nakazujący zatrudnianie Asystentów Zdrowienia (Obwieszczenie Ministra Zdrowia 2024), co wpisuje się w nurt *peer support* – jednak

już wcześniej zdefiniowano ich kwalifikacje i obowiązki (Obwieszczenie Ministra Zdrowia 2022). Rola ta stanowi część procesu deinstytucjonalizacji włączającego osoby po kryzysie jako partnerów w systemie wsparcia (Zob.: Klingemann, Sienkiewicz-Jarosz, Molenda, Świtaj 2024; Poremski, Kuek, Yuan, et al. 2022; Norton 2022; Schön 2010). Ich zadania obejmują m.in. prowadzenie rozmów, motywowanie do leczenia, towarzyszenie w życiu codziennym, udział w warsztatach i grupach wsparcia. Pełnią oni funkcję pośrednika między osobą chorującą a profesjonalnym personelem – lekarzami, psychologami czy terapeutami – wspierając komunikację, pomagając rozpoznać potrzeby pacjenta i dając nadzieję na poprawę jakości życia. Dzięki swojej postawie i historii zdrowienia stanowią potwierdzenie, że możliwe jest wyjście z kryzysu psychicznego i powrót do aktywnego funkcjonowania w społeczeństwie.

Celem badania było poznanie doświadczeń rodzicielstwa w kontekście zaburzeń psychicznych z perspektywy Asystentów Zdrowienia jako rodziców. Analizie poddano relacje z dziećmi, strategię radzenia sobie, znaczenia związane z rolą wychowawczą oraz wpływ choroby na życie rodzinne. Badanie o charakterze eksploracyjnym opierało się na jakościowej analizie narracji i subiektywnych znaczeniach, koncentrując się na tym, jak badani przeżywali i interpretowali swoje doświadczenia rodzicielskie. Problem badawczy sformułowano następująco: jaki jest obraz rodzicielstwa w narracjach Asystentów Zdrowienia odgrywających rolę rodzica w kontekście doświadczanych zaburzeń zdrowia psychicznego? Ponieważ Asystenci Zdrowienia dzielili się swoimi osobistymi doświadczeniami rodzicielskimi, w dalszej części tekstu określenie „rodzice” odnosi się właśnie do nich. W momencie realizacji badania pełnili oni funkcję rodzica lub retrospektywnie przywoływali okres nasilenia objawów choroby psychicznej, przy czym już wówczas posiadali dzieci. Narracje dotyczyły relacji z dziećmi w wieku od wczesnoszkolnego do nastoletniego; żadna wypowiedź retrospektywna nie odnosiła się do doświadczeń związanych z dorosłymi dziećmi.

W ramach badania jakościowego przeprowadzono w okresie od listopada do grudnia 2022 roku 17 indywidualnych wywiadów pogłębionych (IDI) z osobami zatrudnionymi jako Asystenci Zdrowienia. Zastosowano celowy dobór próby gdzie kryteriami były: doświadczenie kryzysu psychicznego oraz aktywne odgrywanie roli Asystenta Zdrowienia. Badani stanowili zróżnicowaną grupę pod względem cech społeczno-demograficznych. Wśród uczestników znalazło się 8 kobiet i 9 mężczyzn w wieku do 60. roku życia. Asystenci Zdrowienia byli rodzicami dzieci w wieku od wczesnoszkolnego do nastoletniego; w pojedynczych przypadkach dzieci osiągnęły już dorosłość, jednak w okresie wystąpienia kryzysu psychicznego pozostawały jeszcze niepełnoletnie. Wśród badanych rodziców liczba dzieci wahała się od jednego do trojga. Osoby badane posiadały wykształcenie co najmniej średnie – zgodnie z formalnymi wymaganiami stanowiska Asystenta Zdrowienia; część legitymowała się dyplomem uczelni wyższej. Niektórzy uzupełniali edukację w dorosłości, traktując ją jako element rozwoju osobistego i istotny etap

na drodze zdrowienia po kryzysie psychicznym. Dla części respondentów praca w roli Asystenta Zdrowienia była pierwszym miejscem zatrudnienia po dłuższej przerwie związanej z kryzysem psychicznym. Respondenci byli diagnozowani z zaburzeniami: psychotycznymi, depresyjnymi, lękowymi, obsesyjno-kompulsywnymi, a także z chorobą afektywną dwubiegunową oraz schizofrenią (w tym paranoidalną). Ze względu na wrażliwy charakter badania, moderator nie zadawał wprost pytań o rodzaj choroby lub zaburzenia psychiczne. Informacje na temat diagnoz uwzględniono wyłącznie wtedy, gdy uczestnicy sami zdecydowali się je ujawnić – w związku z tym przywołana charakterystyka nie obejmuje wszystkich rodzajów zaburzeń psychicznych występujących w badanej grupie.

Analiza została oparta na treściach wywiadów z Asystentami Zdrowienia, którzy dzielili się swoimi doświadczeniami rodzicielskimi w kontekście doświadczanych zaburzeń psychicznych. Wnioski wynikające z ich narracji zostały zilustrowane fragmentami wypowiedzi. Cytaty pozostawiono w oryginalnej formie, by podkreślić autentyczność przekazu. Ze względu na małą populację w momencie badania oraz konieczność zachowania anonimowości przy cytatach nie ujawniano danych demograficznych.

Wyniki badania

W wypowiedziach uczestników badania pojawiały się liczne odniesienia do trudności w nawiązywaniu i utrzymywaniu stabilnych i satysfakcjonujących relacji z innymi ludźmi – w tym z własnymi dziećmi. Asystenci Zdrowienia wskazywali, że codzienne funkcjonowanie, obejmujące pracę zawodową i opiekę nad rodziną, staje się szczególnie wymagające w obliczu objawów choroby. Zaburzenia psychiczne – wpływające na zachowanie, emocje i nastroje – utrudniają budowanie zdrowych więzi, a relacje z dziećmi bywają dodatkowo obciążone stygmatyzacją i stereotypami społecznymi. Kluczowe jest zapewnienie odpowiedniego wsparcia osobom z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzinom, promowanie społecznej akceptacji oraz edukacja na temat problemów psychicznych i ich konsekwencji dla życia rodzinnego.

Z relacji badanych wynika, że choroba może destabilizować komunikację w rodzinie, wpływać na jakość więzi emocjonalnej oraz codzienne obowiązki. Uczestnicy opisywali trudności z: okazywaniem uczuć, zmiennością nastroju, nieprzewidywalnością zachowań, utrzymywaniem emocjonalnego zaangażowania czy występowaniem napięć w relacji z dzieckiem. Wskazywano również na nadmierną kontrolę lub nadopiekuńczość, które ograniczały autonomię dziecka. W efekcie dzieci często doświadczały wstydu, poczucia winy, izolacji lub lęku.

Starszy syn, jak mu powiedziałam o moich szpitalach, o tym załamaniu, to polecały mu łyż. On miał wtedy 15 lat i od tamtej pory zauważał u mnie pogorszenie stanu zdrowia i mnie motywował w jakiś sposób, czy żartował

ze mną, czy mnie tak po prostu motywował, żebym się nie załamywała całkowicie. Młodszy syn też wie o tym, że choruję, tylko on też ma problemy ze zdrowiem i on to inaczej przyjął. Nie rozumiał o co chodzi, co mi się dzieje, a ja nie chciałam dokładnie opowiadać, ale nie odrzucił mnie, tylko po prostu przyjął do wiadomości, że jestem chorująca.

Ja uważam, że mówić wprost i odpowiednio do wieku przekazać informacje związane z chorobą. Żeby to nie było właśnie tajemnicą, tylko żeby dzieci też wiedziały.

Starszy syn wręcz powiedział „Idź mamu do tego szpitala, to ci pomoże”. Młodszy nie wiem nawet jak zareagował.

Myszę, że wtedy ani mama, ani mój mąż im raczej nie powiedzieli tylko, że gdzieś tam mama jest w jakimś tam szpitalu jest chora no i potem przyjdzie do domu... A później w miarę upływu czasu, to ja starałam się sprawę już stawiać tak otwarcie w razie jakichś kryzysów czy załamania, które się pojawiały.

Córka dużo wiedzy miała o tym – nawet mi mówiła: mamuś no, ale nie przejmuj się przecież to wiele ludzi też tak ma i świetnie sobie z tym radzisz. W tym momencie to naprawdę ona jest dla mnie dużym wsparciem. No natomiast syn no jest troszeczkę dalej ode mnie, bo mieszka dalej, ale też na tyle, na ile może i potrafi wspiera i zawsze tam jakiś kontakt jest, pyta się o zdrowie. W sumie ja też starałam się dzieciom dawać dużo miłości, dużo wsparcia z tego względu, że jestem taką osobą oraz dlatego, że sama tego nie miałam.

Poczucie obowiązków wobec rodziny jest ważną częścią życia każdego człowieka – obejmuje realizację wielu ról społecznych, które wymagają szerokiego zakresu umiejętności: od zdolności komunikacyjnych, przez regulację emocji, po organizację codziennych zadań i podejmowanie decyzji. W narracjach uczestników badania, te role okazywały się szczególnie trudne do wypełnienia. Respondenci podkreślali, że brak możliwości wykonywania codziennych obowiązków – gotowania, sprzątanía, opieki nad dziećmi – rodził silne poczucie winy i bycia ciężarem dla bliskich. Mieli świadomość niespełniania oczekiwań – zarówno tych narzuconych społecznie oraz formułowanych wobec samych siebie. Towarzyszyła im presja, by funkcjonować „jak wcześniej”, co pogłębiało frustrację i izolację społeczną. Niektórzy z badanych wskazywali, że oczekiwania partnerów i dzieci były nieadekwatne do ich aktualnego stanu zdrowia, a trudności w wywiązywaniu się z roli rodzica skutkowały wewnętrznym konfliktem i samopotępieniem. W sytuacjach najtrudniejszych choroba prowadziła do wycofania się z relacji z dziećmi, co z kolei rodziło dalsze niezrozumienie i napięcia emocjonalne w rodzinie. Dlatego wspieranie osób zmagających się z kryzysami psychicznymi w odgrywaniu ról

społecznych powinno uwzględniać ich potrzeby emocjonalne i funkcjonalne, zmniejszanie presji normatywnej oraz promowanie akceptacji i elastyczności w rozumieniu ról rodzinnych.

W zależności od natężenia stanu psychicznego, bo w różnych okresach byłam na zwolnieniu lekarskim i różnie funkcjonowałam, zawsze miałam plan w głowie, że będę robić w domu to czy tamto, ale nie zawsze się to udawało. Jak byłam w stanie depresyjnym, to raz 6 tygodni przeleżałam, to było bardzo ciężkie dla mnie, bo zdawałam sobie sprawę z tego, że jestem mamą, żoną i powinnam coś robić, gotować, sprzątać, nawet na tym zwolnieniu lekarskim – i zajmować się dziećmi – a tu nie dałam rady całkowicie i sama się gnębiłam tymi myślami, że nie funkcjonuję tak jak powinnam.

Bardziej mąż, bo oczekiwał, że po prostu będę funkcjonować jak wcześniej – jak parę tygodni wcześniej funkcjonowałam. Dzieci też odczuwały to i dały mi odczuć też, że mnie nie ma, bo wtedy odsuwałam się od dzieci i męża. To jest trudne doświadczenie, ale na szczęście tak często nie miałam takiego silnego nawrotu.

Uważałam w tym czasie, że jestem dla nich ciężarem, w tym stanie w jakim byłam i że no wprost nie będą mnie kochać za to, że nie potrafię czegoś zrobić w domu czy pomóc dzieciom w lekcjach, czy jakieś inne sprawy.

Jak zachorowałam to miałam dzieci i już musiałam myśleć o tym, żeby jak najszybciej z tego wyjść. I jeszcze jak wróciłam do domu ze szpitala musiałam się nimi opiekować – wręcz się czołgając jak ja to nazywam i trzeba było zmobilizować się i tymi dziećmi się zająć.

To, że dzieci odrzucałam – to one nie rozumiały tego całkowicie... Ten młodszy płakał zazwyczaj jak go nie chciałam przytulić, a starszy zostawiał mnie wtedy w spokoju.

Stabilność emocjonalna, dostępność psychiczna i zdolność rodzica do tworzenia bezpiecznej relacji sprzyjają rozwojowi społecznemu dziecka i ułatwiają budowanie więzi z rówieśnikami. Dzieci osób po kryzysie psychicznym mogą doświadczać trudności nie tylko z powodu własnych przeżyć, lecz także z powodu braku zrozumienia sytuacji rodzinnej przez otoczenie. Brak wiedzy o naturze choroby rodzica może prowadzić do stygmatyzacji, wykluczania czy wyśmiewania, nawet gdy dziecko samo nie wykazuje problemów z własnym zdrowiem psychicznym. W jednej z wypowiedzi podkreślono, że dziecko nie rozumiało wycofania emocjonalnego matki i reagowało płaczem. Jednocześnie badani dostrzegali, że w sprzyjającym środowisku – opartym na akceptacji i empatii – relacje rówieśnicze mogą

przebiegać pozytywnie, a dziecko może zyskać większą stabilność emocjonalną, mimo trudności w rodzinie.

Badani podkreślali brak spójnych rozwiązań systemowych dla dzieci z rodzin doświadczających kryzysu psychicznego – w edukacji oraz usługach wsparcia społecznego. Niewystarczające przygotowanie kadry, słaba współpraca międzysektorowa i ograniczony dostęp do specjalistów utrudniają skuteczną pomoc tym rodzinom. Kluczowe jest zwiększanie świadomości, rozwijanie empatii i budowanie gotowości do współpracy wszystkich zaangażowanych stron – instytucji, dzieci oraz ich rodziców.

Postrzeganie siebie przez dzieci rodziców z zaburzeniami psychicznymi zależy od jakości opieki, doświadczeń rodzinnych i odbioru społecznego. Wspomnienia badanych wskazywały, że sami jako dzieci często zbyt wcześnie wchodzili w dorosłe role. W jednej z narracji opisywano przejęcie odpowiedzialności za młodsze rodzeństwo w sytuacji nieobecności matki, co rodziło silne poczucie odpowiedzialności za emocjonalną stabilność rodziny. Część respondentów obawia się, że ich własne dzieci – z uwagi na przebytą przez rodzica chorobę psychiczną – mogą doświadczać podobnych obciążeń emocjonalnych i zbyt wcześnie przejmować odpowiedzialność nieadekwatną do wieku. Te doświadczenia mają wpływ nie tylko na dzieciństwo, lecz również na późniejszy rozwój psychospołeczny i relacje w dorosłości. Obserwowane w rodzinie wzorce: nadmierne poświęcanie się, unikanie problemów czy brak wsparcia emocjonalnego – mogą być powielane w późniejszych etapach życia. Osoba badana wspominała silną presję bycia „idealną i krystaliczną”, wynikającą z dziecięcych przekonań i braku emocjonalnej obecności matki. Proces kształtowania postaw wychowawczych u osób dorastających w cieniu zaburzeń psychicznych jest złożony i zindywidualizowany. W przywoływanych wypowiedziach wskazywano także, że niedostateczna wiedza o zdrowiu psychicznym w najbliższym otoczeniu może prowadzić do nadmiernych oczekiwań wobec osoby po kryzysie i zbyt szybkiego obciążenia ją zadaniami. Dlatego w działaniach pomocowych należy uwzględniać osobiste doświadczenia i wspierać kompetencje wychowawcze sprzyjające relacjom opartym na bezpieczeństwie emocjonalnym i wzajemnym szacunku.

Myślę, że dużo też zrobiła śmierć mego ojca – ja miałam wtedy 11 lat. Byłam taką osobą, że zawsze lubiłam wszystko robić dobrze, dokładnie, do końca, czasem nawet za kogoś. Też troszkę przejęłam w rodzinie rolę takiej mamy czy taty trochę w stosunku do mojej młodszej siostry. Ale też wiedziałam, że mama jest pochłonięta pracą i też będę musiała to ja jakoś zabezpieczyć wszystko. Jestem osobą odpowiedzialną, no ale w pewnym momencie to gdzieś chyba wszystko nie wytrzymało.

Teraz z mojego punktu widzenia myślę, że nie da się tak żyć, żeby nie popełnić błędów. A wtedy tak myślałam, że właśnie każdy błąd to jest jakaś

porażka i że nie wolno go popełnić, albo że się wtedy narażę, że muszę być czysta, krystaliczna, idealna – też w takim poczuciu byłam wychowywana, że tego nie wolno, tamtego nie wolno. No i mało takiego kontaktu werbalnego z moją mamą czy emocjonalnego też... Jeszcze jak żył tata to troszkę to inaczej wyglądało. No inny zupełnie sposób patrzenia – bardziej taki związany z obowiązkiem i na pewno z tym, że jak najmniej dla siebie – większość dla wszystkich, dla tych, co są obok mnie, dla drugiego człowieka – zupełnie jakieś takie zapomnienie o sobie.

Nawet mój mąż jakoś – ja mam poczucie takie – że ma słabą wiedzę na ten temat, tak samo jak i moja mama. Czasem niektóre rzeczy to ja wręcz im tłumaczę. Też mi mówił: no już jesteś zdrowa, wszystko fajnie, możesz iść do pracy... I ja tak poszłam na cały etat [anonimizacja – miejsce pracy], przy czym były tam też dyżury nocne. No i po pewnym czasie wysiadłam, no nie wolno mi pracować na noc, nie mogę pracować ciężko, bo to był naprawdę duży ruch w tej [anonimizacja – miejsce pracy]. I to później jednak dało mi do myślenia, że muszę inaczej do tego podchodzić – stopniowo.

Analizując funkcjonowanie dzieci wychowujących się w rodzinach, w których jeden lub oboje rodziców doświadczają zaburzeń psychicznych, należy uwzględnić złożoną konfigurację czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych wpływających na relacje rodzinne i rozwój psychiczny dziecka. Osobiste doświadczenia choroby psychicznej oraz refleksja nad jej konsekwencjami przekładają się na sposób postrzegania własnej roli rodzicielskiej i na świadomość potencjalnych obciążeń dla dzieci.

Z wypowiedzi badanych wyłania się kilka kluczowych obszarów, które w sposób istotny determinują jakość relacji rodzinnych i kondycję psychologiczną dzieci wychowywanych w kontekście kryzysu psychicznego:

1. czynniki biologiczne i psychiczne: zaburzenia psychiczne rodziców zwiększają ryzyko dziedziczne, choć ich wpływ ujawnia się głównie w połączeniu z czynnikami środowiskowymi. Obniżona samoocena, lęk przed przekazaniem choroby potomstwu i trudności w relacjach mogą skutkować unikaniem rodzicielstwa lub podejmowaniem go impulsywnie. Ambiwalecja wobec roli rodzica nierzadko prowadzi do wycofania lub ograniczonej gotowości do proszenia o pomoc.
2. klimat emocjonalny i struktura codzienności: niestabilne warunki domowe mogą wywoływać u dzieci strategie przystosowawcze – nadmierną czujność, tłumienie emocji, parentyfikację – co zaburza proces socjalizacji i rozwój kompetencji społeczno-emocjonalnych. Kluczową rolę może odgrywać tu szkoła jako miejsce regulujące rytm dnia, oferujące przewidywalność i wsparcie emocjonalne.

3. sprawność rodzicielska i więź opiekuńcza: objawy choroby mogą utrudniać adekwatne reagowanie na potrzeby dziecka i tworzenie bezpiecznej więzi, co osłabia jego poczucie bezpieczeństwa. Relacje z nauczycielami lub pedagogami mogą w takich przypadkach częściowo kompensować braki i wspierać rozwój dziecka.
4. obciążenie stresem i jego skutki: trudności zdrowotne, finansowe i społeczne zwiększają poziom stresu, wpływając na dzieci (problemy psychosomatyczne, zaburzenia snu, trudności w nauce). Wysokie obciążenie zmniejsza zdolność rodzica do reagowania na potrzeby dziecka. Współpraca rodziny ze szkołą może pomóc w monitorowaniu sytuacji dziecka i kierowaniu go do odpowiednich form pomocy.
5. zasoby społeczne i ich dostępność: stygmatyzacja i izolacja ograniczają dostęp do instytucjonalnego i nieformalnego wsparcia. Brak zaufania do otoczenia i obawa przed ujawnieniem choroby mogą utrudniać kontakt z placówkami pomocowymi i oświatowymi. Tymczasem to właśnie one często stanowią pierwszy punkt kontaktu z systemem wsparcia, a ich rola w identyfikowaniu trudności i kierowaniu do specjalistów bywa kluczowa.

Ja bardzo się martwiłam tym i mąż tak samo. Tylko ja bardziej po prostu, że dzieci mogą mieć podatność na jakieś choroby.

Starszy syn mi potwierdził, że boi się, że on też kiedyś może zachorować, czy jego dzieci. Wręcz ten starszy syn powiedział mi, że jest podobny jak ja, jeśli chodzi o tę sferę psychiczną, że on wie, że jakąś podatność odziedziczył po mnie.

Był taki czas, że zrozumiałam, że to jest choroba i bardzo mi było smutno, że choruję, tak jak moja mama chorowała. Był taki czas w moim życiu i to było bardzo trudne dla mnie. Trudne dla mnie dlatego, że miałam doświadczenie chorej mamy, jak ja byłam dzieckiem, widziałam co się dzieje z nią i rozumiałam, że ja też jestem chora jako dorosła już. Bardzo się bałam być tak jak mama po prostu. To jest trudny dla mnie temat.

Ja z racji tego, że jestem świadoma i też ja mam wykształcenie [anonimizacja – wykształcenie rozmówcy] nie potrafiłabym tego nawet jakoś zakopać pod dywan. No mam też tyle wiedzy w tym temacie, że wiem, że to nie musi tak być i że są jakieś tam czynniki w jakimś procencie genetyczne, które mogą to spowodować – podatność. Ale to wcale nie musi się rozwinąć i ja w to wierzę, że przy takim trybie życia związanym ze swoją intuicją, ale też ze swoją wiedzą można tego uniknąć.

U mnie była taka sytuacja, że jak ja już zachorowałam to już dzieci miałam, więc ja po prostu się skoncentrowałam też na tym i to była też moja siła, że ja muszę robić wszystko, żeby dla tych dzieci być, żeby ich wspierać. Tym bardziej, że ja cały czas miałam poczucie tego, że to między innymi te czynniki doprowadziły mnie też do tej choroby, że miałam takie, a nie inne braki tak – dysfunkcja w rodzinie, jakieś braki emocjonalne.

Ja teraz mogę powiedzieć, że mam lepiej, no bo moje dzieci, też dzięki mojej pomocy nie powiem i wsparciu dosyć dużo osiągnęły. No i nie jestem często sama, ale też no gdybym była na miejscu, tak jak mówię tych osób i zastanawiała się nad założeniem rodziny i posiadaniem potomstwa, no to nie wiem... Bo nawet na psychoterapii też raz powiedziałam, że gdybym wiedziała, że przede mną taka droga cierpienia i męki, która się pojawia, prawda? No to bym chyba nie chciała tego przekazywać. Nie wiem czy bym się zdecydowała wtedy, jeżeli by to było wcześniej.

Podsumowanie

Rodzice z zaburzeniami psychicznymi mogą w istotny sposób wspierać rozwój swoich dzieci. Często przywiązują dużą wagę do zdrowego stylu życia, regularnych wizyt lekarskich oraz otwartych rozmów o emocjach, uczuciach i wartościach. W wielu przypadkach potrafią wzmacniać u dzieci umiejętność radzenia sobie w trudnych sytuacjach, odporność psychiczną, empatię i tolerancję. Kluczowa jest przy tym świadomość wpływu własnego stanu zdrowia na dziecko i podejmowanie działań, które pomagają mu czuć się bezpiecznie i rozumieć sytuację. Trudności psychiczne nie muszą przekreślać możliwości zapewnienia dziecku stabilnego i wspierającego środowiska. Odpowiednie leczenie oraz wsparcie społeczne mogą znacząco zwiększyć szanse na realizację tego celu. Dzieci rodziców z zaburzeniami psychicznymi mogą różnie postrzegać ich sytuację – w zależności od wieku, doświadczeń i poziomu zrozumienia. Często towarzyszy im ambiwalencja uczuć. Otwarta rozmowa o chorobie i jej wpływie na codzienne funkcjonowanie sprzyja lepszemu zrozumieniu, zmniejsza poczucie niepewności i osamotnienia.

W sytuacjach, gdy rodzic napotyka trudności w sprawowaniu opieki, kluczowe znaczenie ma wsparcie psychologiczne i instytucjonalne. Relacja między rodzicem a dzieckiem nie opiera się wyłącznie na kondycji psychofizycznej, ale również na emocjonalnej obecności, trosce i uważności. Wiele rodziców z doświadczeniem choroby psychicznej podejmuje świadomy wysiłek, aby być obecnymi i zaangażowanymi opiekunami. Dzięki odpowiedniemu wsparciu, leczeniu, relacjom z bliskimi, uczestnictwu w grupach wsparcia i rozwiniętym strategiom radzenia sobie z emocjami, są w stanie nie tylko mierzyć się z własnymi trudnościami, ale także skutecznie wspierać rozwój emocjonalny i społeczny swoich dzieci.

Bibliografia

- Bartosiewicz-Niziołek M., Błasiak Ł., Olszewski B.H., Ostrowska M., Wojciechowska A. (2021). *Rola zespołów mobilnych w zapobieganiu hospitalizacji w środowiskowym modelu opieki psychiatrycznej*. „Studia Psychologica: Theoria et praxis”, nr 2, s. 19-35.
- Bartosiewicz-Niziołek M., Kaczmarczyk-Partyka S., Olszewski B.H., Ostrowska M. (2021). *Rola i funkcjonowanie Asystentów Zdrowienia (Ex-In) w środowiskowym modelu opieki psychiatrycznej*. „Studia Psychologica: Theoria et praxis”, nr 2, s. 5-18.
- Bartosiewicz-Niziołek M., Olszewski B.H., Ostrowska M. (2022). *Działania promocyjno-edukacyjne z udziałem Asystentów Zdrowienia w środowiskowym modelu opieki psychiatrycznej*. „Forum Pedagogiczne”, nr 2, s. 381-394.
- Bee P., Berzins K., Calam R., Prymachuk S., Abel K.M. (2014). *Defining quality of life in the children of parents with severe mental illness: A preliminary stakeholder-led model*. „PLoS ONE”, 9(9).
- Gladstone B.M., Boydell K.M., Seeman M.V., & McKeever, P.D. (2011). *Children's experiences of parental mental illness: A literature review*. „Early Intervention in Psychiatry”, 5(4), 271-289.
- Klingemann J., Sienkiewicz-Jarosz H., Molenda B., Świtaj P. (2024). *Peer support workers in mental health services: A qualitative exploration of emotional burden, moral distress and strategies to reduce the risk of mental health crisis*. „Community Mental Health Journal”.
- Norton M. (2022). *More than just a Health Care Assistant: Peer Support Working within Rehabilitation and Recovery Mental Health Services*. „Irish Journal of Psychological Medicine”. 41.
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 26 maja 2022 r. w sprawie włączenia kwalifikacji rynkowej „Wspieranie osób doświadczających kryzysów psychicznych w procesie zdrowienia przez osoby z doświadczeniem psychozy (asystent zdrowienia)” do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji.
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2024 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz.U. 2024 poz. 875).
- Olszewski B.H. (2024). *Wrażliwość na słowa – O kształtowaniu dyskursu publicznego i stereotypów wobec osób z zaburzeniami psychicznymi – perspektywa Asystentów Zdrowienia (Ex-In)*. „Forum Pedagogiczne”, nr 2.1, s. 153-165.
- Oyserman D., Mowbray C.T., Meares P.A., & Firminger K.B. (2000). *Parenting among mothers with a serious mental illness*. „American Journal of Orthopsychiatry”, 70(3), 296-315.
- Poremski D., Kuek J.H.L., Yuan Q. et al. (2022). *The impact of peer support work on the mental health of peer support specialists*. „Int J Ment Health Syst” 16, 51 (2022).
- Schön U.-K. (2010). *The power of identification: Peer support in recovery from mental illness*. „Scandinavian Journal of Disability Research”, nr 12(2), s. 83-90.