

Wpływ niskiego wzrostu na życie osoby nim dotkniętej

The influence of short stature on affected person's life

Hubert Zieniewicz

Instytut Psychologii Uniwersytetu Marie-Curie Skłodowskiej w Lublinie

Streszczenie

Cywilizacja zachodnia od wielu lat faworyzuje osoby wysokie i smukłe, czego widocznym przejawem jest ich zdecydowana dominacja w obszarze kultury masowej. W społecznej świadomości wysoki wzrost jest synonimem autorytetu i sukcesu. Stereotypy dotyczące niskiego wzrostu są na tyle silne, że przedostały się nawet do środowiska lekarskiego. W ostatnich latach niski wzrost stał się problemem medycznym, co sprawiło, że są nawet zdrowe niskie dzieci są poddawane terapii hormonalnej. Wielu badaczy wskazywało na negatywne konsekwencje niskiego wzrostu dla rozwoju psychospołecznego dziecka. W swoich badaniach wykazują, że dzieci niskie, zarówno te zdrowe, jak i te, których wzrost wynika ze schorzeń np. cierpiące na deficyt hormonu wzrostu, różnią się znacząco od dzieci o przeciętnym wzroście. Wyniki tych badań są poddawane w wątpliwość. Zarzuca się im poważne błędy metodologiczne prowadzące do powstania artefaktów dotyczących realnego wpływu niskiego wzrostu per se na życie osoby nim dotkniętej. Zależność: wzrost – sukces życiowy nie jest silna ani prostoliniowa. Decyduje o niej wiele czynników biologicznych, psychicznych i społeczno-ekonomicznych. Praca ta przedstawia analizę wpływu niskiego wzrostu na życie osoby nim dotkniętej, uwzględniając: czynniki choroby, reakcje środowiska społecznego, reakcje rodziny oraz aspekty rozwoju osoby dotkniętej niskorosłością.

Summary

Western civilization has fostered tall and slim people for many years, the evident manifestation of which is their definite domination in mass culture area. Tall stature is a synonym of authority and success in social consciousness. Stereotypes of short stature are strong enough to storm medical environment. In a last few years short stature has become a medical problem, so even normal short stature children are hormonally treated today. Many scientists indicated negative influence of short stature on child's psychosocial development. In their studies they were proving that short children, both healthy and endocrinologically ill, significantly differ from average stature children. Results of their studies have been questioned. They are reproached for serious methodological defects that led to artifacts about real influence of short stature per se on affected person's life. Correlation: short stature – life success is neither strong nor straight. It depends on many biological, psychical and socio-economical factors. This article analyzes influence of short stature on affected person's life, taking into account: factors of illness, reactions of social environment, reactions of the family and dimensions of development.

Słowa kluczowe: karłowatość, hormon wzrostu, czynniki choroby, reakcje środowiska społecznego, reakcje rodziny, juvenilizacja, aspekty rozwoju

Key words: dwarfism, growth hormone, factors of illness, reactions of social environment, reactions of the family, juvenilization, dimensions of development

Wprowadzenie

Cywilizacja zachodnia od wielu lat faworyzuje osoby wysokie i smukłe, czego widocznym przejawem jest ich zdecydowana dominacja w obszarze kultury masowej. W społecznej świadomości wysoki wzrost jest synonimem autorytetu i sukcesu [1]. Jednocześnie ludzie skłonni są przypisywać znacznie mniej pozytywnych cech osobom niskim niż osobom wysokim, a nawet tym o przeciętnym wzroście [2]. Tendencja ta występuje zarówno wśród osób dorosłych, jak i dzieci. Mimo, że w przypadku osób dorosłych, wzrost nie wpływa na prawdopodobieństwo ukończenia studiów, ani

na ich status zawodowy. Jednak osoby wysokie zarabiają więcej na tych samych stanowiskach [2].

Stereotypy dotyczące niskiego wzrostu są na tyle silne, że przedostały się nawet do środowiska lekarskiego [3] Zauważa się, że w ostatnich latach niski wzrost stał się problemem medycznym, co sprawiło, że terapii hormonalnej poddawane są coraz częściej zdrowe niskie dzieci. Przeprowadzone przez Cuttler [4,5] ankiety badające przekonania lekarzy pierwszego kontaktu na temat niskiego wzrostu wykazały, że ponad połowa z nich (55%) uważa, że wzrost poniżej trzeciego centyla ma istotny wpływ na pogorszenie dobrostanu emocjonalnego

go młodych pacjentów. Jednocześnie 32% badanych jest przekonanych, że zwiększenie wzrostu poprzez terapię hormonem wzrostu polepszyłyby jakość życia dzieci niskich, niewykazujących deficytów hormonalnych. Przekonanie to jest bardzo powszechne pomimo braku znaczących dowodów. Zależność: wzrost – sukces życiowy nie jest silna ani prostoliniowa. Wpływa na nią wiele czynników biologicznych, psychicznych i społeczno-ekonomicznych.

Badania National Child Development Study wykazały, że niski wzrost zmniejszał o 7% szanse mężczyzny na zawarcie małżeństwa. W przypadku kobiet wzrost miał odwrotny wpływ. Prawdopodobieństwo zawarcia ślubu było o 5% mniejsze dla kobiet wysokich niż dla kobiet o przeciętnym wzroście [2]. Niski wzrost zmniejsza znacząco prawdopodobieństwo znalezienia partnera, jednak dotyczy to jedynie sytuacji gdy zaburzenie wzrostu ma podłoże patologiczne np.: karłowatość przysadkowa, zespół Turnera czy niewydolność nerek. W przypadku osób niskich normalnie szanse są równe osobom przeciętnego wzrostu [6]. W grupie 45 osób z konstytucjonalnym opóźnieniem wzrostu i rozwoju badanych przez Sartorio [7] jedynie 4 osoby tworzyły związki małżeńskie, natomiast reszta (84,4%) żyła z rodzicami lub krewnymi.

Podczas gdy niskie, zdrowe dziewczęta rzeczywiście wykazują lepsze - bardziej adaptacyjne - funkcjonowanie psychospołeczne niż niski chłopcy, rodzice wskazują na negatywne skutki niskiego wzrostu u chłopców, które nie mają potwierdzenia w innych źródłach [8]. Dowodów na istnienie socjokulturowego problemu akceptacji niskiego wzrostu u mężczyzn dostarcza przegląd statystyk z amerykańskich poradni endokrynologicznych [3]. W 2005 roku ilość chłopców zgłoszonych z problemem niskiego wzrostu powodowanego deficytem hormonu wzrostu była dwa razy większa niż dziewcząt, pomimo braku różnic międzypłciowych w podatności na to zaburzenie.

Wielu badaczy wskazywało na negatywne konsekwencje niskiego wzrostu dla rozwoju psychospołecznego dziecka. W swoich badaniach wykazują, że dzieci niskie, zarówno te zdrowe, jak i te, których wzrost wynika ze schorzeń np. cierpiące na deficyt hormonu wzrostu, różnią się znacząco od dzieci o przeciętnym wzroście:

- są mniej agresywne [9,10,11];
- są mniej pobudliwe, dominujące i sprytnie, a jednocześnie bardziej wrażliwe, sumienne i kontrolujące się [12]; także po zakończeniu okresu dzieciństwa [10];
- częściej cierpią z powodu fobii społecznej

[10,13] są zahamowanie społecznie [14], wykazują społeczną niedojrzałość, izolację, nieśmiałość i tendencję do unikania konfliktów [9,11]; także po zakończeniu okresu dzieciństwa [10];

- czują się niedostosowane i są zależne od rodziców [14];
- mają niskie poczucie własnej wartości [9,14] i obwiniają siebie za swój niski wzrost [9,15];
- wykazują symptomy lęku i depresji [15,16,17];
- mają też niższe wyniki w dobrym przystosowaniu [15];
- mają silnie rozwinięte i utrwalone mechanizmy obronne typu hiperkompensacji [16] i zaprzeczania [9];
- ich funkcjonowanie poznawcze i osiągnięcia szkolne są słabsze od dzieci normalnego wzrostu [11,16,17].

Wyniki tych badań są poddawane w wątpliwość [35]. Zarzuca się im poważne błędy metodologiczne prowadzące do powstania artefaktów dotyczących realnego wpływu niskiego wzrostu per se na życie osoby nim dotkniętej. Pośród najważniejszych błędów wymienia się: małą liczebność grup, niewłaściwy dobór osób do grup (w grupach eksperymentalnych znajdowały się osoby o różnej etiologii niskiego wzrostu), brak randomizacji, ignorowanie wpływu innych ważnych zmiennych niezależnych. Większość opracowań podkreślających negatywny wpływ niskiego wzrostu na stan psychiczny, powstało w okresie gdy leczenie niedoboru wzrostu ludzkim GH nie było powszechnie dostępne tj. przed opracowaniem syntetycznego rhGH w 1986 roku [2]. Terapia syntetycznym hormonem wzrostu jest zabiegiem bardzo kosztownym, a jednocześnie nieprzynoszącym spektakularnych efektów. Dlatego wielu autorów badań mogło pracować pod silną presją ze strony rodziców niskich dzieci oraz koncernów farmaceutycznych upatrujących znacznych zysków w objęciu leczeniem jak największej liczby pacjentów. Mimo to Brook, Wygold, Gill [3], Pasquino i Theunissen [4] stwierdzili, że nie przedstawiono dotychczas żadnych długo czy krótkoterminowych korzyści uzasadniających terapię hormonem wzrostu osób niskich bez deficytu hormonalnego. Osoby niskie, których wzrost nie ma przyczyny w chorobie ani w zaniedbaniu psychospołecznym, nie funkcjonują gorzej od osób o przeciętnym wzroście ani nie wykazują częściej zaburzeń w sferze osobowościowo-emocjonalnej i intelektualnej [18,19,20].

Steinhausen [21] stworzył model adaptacji psychospołecznej chronicznie chorego dziecka. Prezentowany poniżej model można, zdaniem Wygold [21],

odnieść do sytuacji dziecka karłowatego. Na przystosowanie psychospołeczne składają się:

- A. Czynniki choroby.
- B. Reakcje środowiska społecznego.
- C. Reakcje rodziny.
- D. Aspekty rozwoju.

Analizując wpływ jaki niski wzrost wywiera na funkcjonowanie osoby należy wziąć pod uwagę szereg czynników, takich jak: przyczyna niskiego wzrostu, stosunek rodziców do problemu niskiego wzrostu, sytuacja społeczno – polityczno – ekonomiczna, płeć, wiek, inteligencja oraz stabilność rodziny dziecka. Z literatury dotyczącej problematyki niskiego wzrostu wynika, że czynniki te nie wpływają jedynie na przystosowanie jednostki ale także oddziałują na siebie wzajemnie.

Czynniki choroby

Karłowaci ludzie, o różnym pochodzeniu niskiego wzrostu, różnią się od siebie znacząco pod względem funkcjonowania psychicznego i adaptacji, mimo że często są do siebie bardzo podobni wyglądem zewnętrznym. Znaczące różnice w funkcjonowaniu psychospołecznym występują nawet w pozornie jednolitej grupie osób z karłowatością spowodowaną deficytem hormonu wzrostu. Wyniki badań Shurka [22] wskazują, że osoby z izolowanym deficytem hormonu wzrostu są emocjonalnie stabilne i mają zbliżoną do grupy normalnej koncepcję siebie, jednakże osoby ze znacznym deficytem hormonu wzrostu funkcjonują o wiele gorzej. Związany z tym schorzeniem brak nadziei na pozytywną zmianę w chorobie sprawia, że osoby ze znacznym deficytem mają istotnie wyższy poziom problemów emocjonalnych oraz gorszą koncepcję siebie w porównaniu z osobami niskimi normalnie i osobami z idiopatycznie niskim wzrostem, a nawet w porównaniu z osobami chorymi na achondroplazję. Równie ciekawych wyników dostarczają badania Stabler [32]. W grupie osób cierpiących na deficyt hormonu wzrostu częstość występowania niezdiagnozowanej wcześniej fobii społecznej wynosiła 38%, w populacji ogólnej było to 13%. Zaledwie 8% osób z fobią znalazło się w grupie ludzi niskich z normalnym poziomem hormonu wzrostu, a więc mniej niż w populacji ogólnej. Jednak znacznie częściej nadużywali oni alkoholu i substancji odurzających, przy czym osoby z deficytem hormonalnym prawie nie wykazywały tego problemu. Nicholas [13] potwierdza tezę, o częstszym występowaniu fobii społecznej u osób cierpiących na niedobór hormonu wzrostu [10], jednak jego zdaniem niski wzrost sam w sobie zdaje się nie mieć wpływu na zwiększony poziom lęku spo-

łecznego u tych osób. Zaburzony rozwój osobowości ludzi z karłowatością przysadkową nie jest wynikiem konstytucjonalnych zaburzeń organizmu – układu endokrynologicznego – ale patologicznych doświadczeń związanych z karłowatością. To społeczne stereotypy i nieodpowiednie traktowanie, a nie niski wzrost, utrudniają wykształcenie się dojrzałej osobowości [5].

Wczesne badania nad karłowatością koncentrowały się na osobach z zaburzeniami endokrynologicznymi [34] Sugerowały one, że osoby te mają znaczące deficyty w sferze poznawczej. Opierając się na wynikach baterii testów WISC-R Franken i Laron [12] oraz Shurka i Laron [12] wysunęli tezy o obniżonym poziomie orientacji przestrzennej i syntezy wzrokowo przestrzennej. Wynik całkowity osób badanych uzyskany w teście WISC-R nie odbiegał jednak od normy. Znacznie dalej idące wnioski wyciągnęli polscy naukowcy. Obuchowski i wsp. [16] badali grupę karłów przysadkowych wykorzystując metody wywiadu, obserwacji w czasie testów, skalę Wechsler-Bellevue oraz TAT i inne testy projekcyjne. Analiza wyników wskazywała, że inteligencja większości badanych osób mieściła się w obszarze upośledzenia umysłowego. Należy zwrócić uwagę na fakt, że w owym czasie sytuacja społeczno-polityczna w Polsce nie sprzyjała integracji osób karłowatych oraz ich rodzin ze społeczeństwem i mogła w znacznym stopniu przyczynić się do pogłębienia problemów w sferze emocji i motywacji osób niskorosłych. W latach 70-tych i 80-tych popularna była teza wyjaśniająca gorsze funkcjonowanie emocjonalne i intelektualne osób z karłowatością przysadkową [22] potencjalnym wpływem zakłóceń dojrzewania układów endokrynologicznego i nerwowego u tych osób [17]. Meyer-Bahlburg i wsp. [23] porównując osoby z wielokrotnymi deficytami hormonalnymi i osoby z izolowanym deficytem hormonu wzrostu stwierdzili, że niedobór hormonu wzrostu sam w sobie nie zaburza rozwoju ludzkiego mózgu i nie wpływa na iloraz inteligencji. Badania przeprowadzono kontrolując status socjoekonomiczny badanych. Frish i współpracownicy [11] wykazali, że pomimo gorszych wyników w nauce i częstego powtarzania klas ogólny wynik IQ osób z karłowatością przysadkową nie odbiega od normy. Mazzone i wsp. [14] zauważyli wprawdzie, że osoby z deficytem hormonu wzrostu osiągają istotnie niższe wyniki w teście matrycy Ravena niż osoby z rodzinnie niskim wzrostem, jednak wyniki obu grup mieszczą się w granicach normy. Jednocześnie wykazali gorsze funkcjonowanie emocjonalne osób z dysfunkcją przysadki.

Abbott i wsp. [17] skłaniają się ku twierdzeniu, że obniżone osiągnięcia w nauce charakterystyczne dla grupy karłowatych dzieci z niedoczynnnością przysadki nie są wynikiem gorszego funkcjonowania intelektualnego ale silnych wpływów społeczno – emocjonalnych. Badania sugerują, że dziecięca potrzeba aktywności społecznej i zabieganie o akceptację grupy odsuwają na dalszy plan osiągnięcia szkolne. Myślę, że mechanizm ten można odnaleźć również w innych typach karłowatości.

Przeprowadzone przez Busschbach [6] badanie wykazało jak różnie wartościowany jest wzrost przez osoby z jego niedoborem, w zależności od schorzenia które go powodowało. Osoby niskie pytano, jak wiele byłyby w stanie poświęcić aby być wyższymi. Badani z zespołem Turnera oraz badani z niewydolnością nerek skłonni byłiby „oddać” kilka lat ze swego życia w zamian za wyższy wzrost. Badani z idiopatycznie niskim wzrostem oraz z karłowatością przysadkową nie wyrazili chęci takiej zamiany. Przypuszczam, że w obrazie choroby osób z zespołem Turnera i niewydolnością nerek niski wzrost jest silnie powiązany z dolegliwościami wynikającymi z ich schorzenia. Dlatego perspektywa „podarowania” wyższego wzrostu mogła być skojarzona z ulgą w pozostałych dolegliwościach.

Sposób w jaki osoba postrzega swój wzrost oraz jego związek ze stanem swojego zdrowia i codziennymi problemami wywiera istotny wpływ na jej funkcjonowanie. Związek ten jest często określany przez rodziców niskiego dziecka i nieświadomie przez nie internalizowany. Psychologiczne przystosowanie karłowatej jednostki zależy od rodzicielskiego zrozumienia, akceptacji i radzenia sobie z problemem [24]. Większość opracowań opisujących destruktywny wpływ niskorostłości na rozwój osoby dotyczy dzieci, które zostały skierowane przez swoich rodziców do pediatry z powodu niskiego wzrostu. Dzieci te prawdopodobnie mają więcej problemów ze swoim niskim wzrostem niż przeciętne niskie dzieci, a ich rodzice są prawdopodobnie bardziej zaniepokojeni tym problemem niż ci, którzy nie odwiedzali pediatry z tego powodu [6]. Dzieci z normalnym niskim wzrostem funkcjonują dobrze społecznie i wyniki badań sugerują, że uzewnętrzniane problemy z zachowaniem i uwagą oraz słabe umiejętności społeczne u dzieci zgłaszanych do klinik endokrynologicznych są błędnie przypisywane ich niskiemu wzrostowi [18,25]. Pytane przez Busschbach [6] osoby niskie normalnie wyłonione z akt szpitalnych dostrzegały negatywny wpływ niskiego wzrostu na ich funkcjonowanie społeczne, podczas gdy osoby z tym samym problemem

wyłonione z populacji generalnej nie odczuwały tego wpływu. Osoby, które nie były kierowane do pediatrów przez swoich rodziców, były zdziwione tematem badania i jako problemy związane z ich sylwetką wymieniały te praktyczne typu „kłopoty ze znalezieniem ładnych ubrań dla dorosłych”.

Rozpoczęte w 1986 badania podłużne The Wessex Growth Study [5,18] miały na celu porównanie rozwoju zdrowych niskich dzieci z dziećmi normalnego wzrostu. Zdaniem autorów badania wyniki wskazują, że niski wzrost:

- ma wpływ na inteligencję. Niskie dzieci wypadają znacząco gorzej w podskalach oceniających czytanie i umiejętności liczbowe. Stwierdzono jednak, że klasa społeczna jest lepszym predyktorem mierzonej inteligencji niż wzrost;
- nie powoduje poważnych trudnień psychologicznych i edukacyjnych przed ani po okresie dojrzewania u badanych;
- nie wpływa bezpośrednio na wskaźniki przystosowania, zachowania, samooceny ani percepcji w oczach rodziców lub własnych;
- wiąże się z poziomem satysfakcji z własnego ciała. Niskie dzieci pytane o swój wzrost odpowiadają, że wolałyby być przeciętne. Mimo tego, niskie dzieci i dzieci o wzroście przeciętnym mają podobne, normalne poczucie własnej wartości. Niezadowolenie ze swojego fizycznego wyglądu i pragnienie bycia wyższym nie zaburza również globalnego obrazu własnej osoby;
- wpływa na umiejscowienie poczucia kontroli.

Poczucie umiejscowienia kontroli określa stopień w jakim dzieci zinternalizowały kontrolę lub brały odpowiedzialność za swoje działania. Internalizacja kontroli zazwyczaj zwiększa się wraz z wiekiem osoby. Niskie dzieci cechowała znacznie niższa internalizacja kontroli niż dzieci o przeciętnym wzroście, bez względu na ich klasę społeczną. Downie [18] sugeruje, że różnica ta może wynikać ze sposobu w jaki niskie dzieci są postrzegane i traktowane przez dorosłych.

Reakcje środowiska społecznego

Wielu rodziców obawia się, że niski wzrost dziecka sprawi, iż będzie ono zaniechywane, a nawet odrzucane przez rówieśników, jednak wyniki badań zaprzeczają takiej tezie. Sandberg i wsp. [2] nie odnaleźli żadnych istotnych statystycznie związków pomiędzy wzrostem a wskaźnikami przyjaźni, popularności i reputacji wśród rówieśników. Podobnie Skuse i wsp. [4] uważają, że bycie postrzeganym przez rówieśników jako osoba niska ma minimalny wpływ na akceptację, siłę przyjaźni, popularność i reputację w grupie rówieśniczej czy w klasie szkolnej. Akceptacja gru-

py rówieśniczej jest silnie związana z umiejętnościami społecznymi dziecka [26]. Związek ten działa na zasadzie sprzężenia zwrotnego: umiejętności społeczne są niezbędne do nawiązywania i podtrzymywania interakcji z innymi ludźmi, a interakcje te są podstawą dla formowania się odpowiednich kompetencji społecznych. Choć atrakcyjność fizyczna (w sensie ogólnym) może wpływać na akceptację dziecka, osoby niskie mają zdolności społeczne porównywalne z rówieśnikami [26]. Zdaniem Gordon, brak jest również dowodów na to, aby niskie, a nawet bardzo niskie dzieci doświadczały „estetycznej dyskryminacji” przez inne dzieci, przynajmniej przed okresem dojrzewania

Z drugiej strony, w badaniach duńskich, $\frac{3}{4}$ badanych karłowatych dzieci zgłaszało negatywne doświadczenia związane z niskim wzrostem. Stwierdzono jednak, że jakość ich życia nie ucierpiała z tego powodu [4,5]. Około 60-70% niskich dzieci z poradni endokrynologicznych jest traktowana jako młodsze niż są w rzeczywistości i doświadczają dokuczania ze strony innych dzieci [1,2] ale sam wzrost nie wpływa na poziom stresorów psychospołecznych doświadczanych przez dzieci i ich rodziców. Zaczepki ze strony rówieśników dotyczą wszystkich dzieci niskiego wzrostu bez względu na to, czy jest on spowodowany karłowatością przysadkową, zespołem Turnera, niewydolnością nerek czy też nie ma medycznego podłoża [6]. Doświadczanie dokuczania jest normalnym doświadczeniem dla wszystkich dzieci [27]. Prawdopodobnie określenia typu „karzeł” czy „kurdupel” są odbierane przez niskie dzieci w sposób bardziej osobisty niż w innych przypadkach dokuczania. Ponadto rodzice niskich dzieci mogą wzmacniać siłę oddziaływania tych komunikatów poprzez nadmierną fiksację na wzroście dziecka i łączenie go z jego psychospołecznymi problemami [27]. Sposób w jaki rodzice postrzegają niski wzrost dziecka jest bardzo ważny dla jego dobrostanu psychicznego [26]. Wielu z nich nie zdaje sobie sprawy, że dziecko jest świadome postawy rodziców wobec problemu karłowatości. Ich skrywane niezadowolenie może wzbudzać w dziecku poczucie niskiej wartości i niezadowolenie ze swojego ciała, przez co postrzegają siebie jako nielubiane [26], a przez otoczenie jako infantylne [11,26].

Reakcje rodziny

O dobrym przystosowaniu dziecka do psychospołecznych problemów wynikających z jego niskiego wzrostu decyduje w głównej mierze stabilność rodziny i sposób traktowania dziecka przez rodziców. Prawidłowa postawa to taka, w której rodzice oczekują i wzmacniają u dziecka zachowania odpowied-

nie dla jego wieku. Stawianie dziecka przed wyzwaniami i rozwijanie w nim samodzielności oraz wiary we własne siły umożliwia mu sprostanie zadaniom rozwojowym pojawiającym się zarówno w dzieciństwie jak i w wieku późniejszym [17].

Udowodniono, że w percepcji otoczenia niskie osoby są postrzegane jako młodsze niż rzeczywistość [28,29]. Prowadzi to do zjawiska juvenilizacji. Może ona przejawiać się na wiele sposobów np. o niezdolności do wykonywania nawet lekkiej pracy fizycznej lub o nieodpowiednim dysponowaniu pieniędzmi. U podstawy juvenilizacji zawsze leży założenie niekompetencji [9]. Zjawisko juvenilizacji jest powszechne w rodzinach niskich dzieci. Nie wpływa ono jednak na takie czynniki jak adaptacyjność i spójność rodziny, mierzone kwestionariuszem Family Adaptation And Cohesion, Evaluation Scales FACES [30].

Ponieważ niski wzrost jest często związany z opóźnieniem dojrzewania fizycznego dziecko takie jest bardziej bezbronne wobec agresji i wielu rodziców postrzega swoje niskie dzieci jako szczególnie podatne na zranienie. Rodzice starają się temu zapobiec poprzez wzmocnienie opieki nad dzieckiem; nie pozwalają, tym samym, zmierzyć się im z normalnymi doświadczeniami typowymi dla ich aktualnego wieku [5,15]. Underwood [31] zauważył, że pomimo prawidłowego rozpoznawania sytuacji społecznych niskie dzieci słabiej radzą sobie w złożonych sytuacjach społecznych niż dzieci o normalnym wzroście. Wykazano też, że to właśnie nadopiekuńcza postawa rodziców prowadzi do wiktylizacji przez rówieśników w ogólnej populacji szkolnej. Może to prowadzić do społecznej niedojrzałości, braku asertywności, nieśmiałości i braku samodzielności [5].

Niski adolescent traktowany jak dziecko, na które wygląda, nie posiada odpowiednich do wieku doświadczeń i repertuaru pożądanych zachowań. Jego towarzystwo nie jest atrakcyjne dla rówieśników. Prowadzi to do wykluczenia z grupy rówieśniczej i preferowania młodszego towarzystwa lub nawet towarzystwa osób dorosłych. Często zdarza się, że niskie dziecko kompensuje te braki poprzez przesadną asertywność i wojowniczość lub stara się zdobyć akceptację grupy przyjmując rolę maskotki lub błazna [3,5]

Aspekty rozwoju

Niskie dzieci często same wypracowują odpowiednie strategie, umożliwiające im psychologiczną adaptację do swojej sytuacji [1]. Jednym z ważniejszych czynników wpływających na osobowościowe przystosowanie jest wiek dziecka. Holmes i wsp. [33] zauważyli, że starsi, niscy chłopcy rozwijają mniej agresywne a bardziej

ugodowe style odpowiedzi na zaczepki niż młodsi chłopcy z tym samym problemem.

Drugim równie istotnym czynnikiem w radzeniu sobie z niskorosłością jest iloraz inteligencji dziecka. Jest on znacznie lepszym predykatorem dla samooceny i przystosowania społecznego niż wzrost [26]. Stwierdzono jednak, że w przypadku wrażliwych dzieci z małymi zdolnościami poznawczymi wzrost ma liniowy związek z przystosowaniem. Bez względu na IQ oraz rodzaj i stopień niskorosłości dziecka trening psychologiczny w radzeniu sobie z karłowatością i trening asertywności są najlepszymi metodami usprawniającymi jego funkcjonowanie psychospołeczne [33,29].

Badania przeprowadzone przez Gilmour i Skuse [26] wykazały, że mimo znacznie silniejszego niezadowolenia z kształtu swego ciała i wzrostu, postrzeganego w odniesieniu do innych oraz chęci jego zmiany, niskie (zdrowe) dzieci nie wykazują zaniżonej samooceny w żadnym z 6 czynników mierzonych skalami Hartera, włącznie z czynnikiem: „wygląd fizyczny”. Wyraźna dysatisfakcja ze swojego wyglądu fizycznego nie wpływa również na samoocenę i pewność siebie badanych.

Podsumowanie

Wieloletnie badania nad niskim wzrostem i jego wpływem na życie osób niskorosłych wskazują, że w dzisiejszych czasach trochę lepiej jest być wysokim, jednak niski wzrost sam w sobie nie powoduje znaczących trudności i nie wpływa bezpośrednio na jakość życia jednostki [1,28]. Niski wzrost nie wykazuje również związków z istotnymi zaburzeniami psychicznymi, bez względu na płeć [8] i stopień niskorosłości osoby nim dotkniętej [8,18].

Mimo, że zdarzają się przypadki, gdzie wzrost może być połączony z niedostosowaniem psychospołecznym konkretnego dziecka, nie jest to zjawisko powszechne. Ostatnie odkrycia sugerują, że większość niskich dzieci i młodzieży wykazuje normalną adaptację emocjonalną i behawioralną [9].

Piśmiennictwo

- Kelnar C., Albertsson-Wikland K., Hintz R., Ranke M., Rosenfeld R. Should We Treat Children with Idiopathic Short Stature? *Horm. Res.*, 1999; 52: 150-157.
- Sandberg D., Colman M. Growth Hormone Treatment of Short Stature: Status of the Quality of Life Rationale. *Horm. Res.*, 1999; 63(6): 275-83.
- Voss L. Is short stature a problem? The psychological view. *E. J. Endocrinology*, 2006; 155(1): S39-S45.
- Voss L., Sandberg D. The psychological burden of short stature: evidence against. *E. J. Endocrinology*, 2006; 151(Suppl 1): S29-S33.
- Sandberg D., Voss L. The psychosocial consequences of short stature: a review of the evidence. *Best Practice and Research. Clin. Endocr. Metabolism*, 2002; 16: 449-463.
- Busschbach J., Rikken B., Grobbee D., De Charro F., Wit J. Quality of Life in Short Adults. *Horm Res* 1998; 49: 32-38.
- Sartorio A., Morabito F., Peri G., Conti A., Faglia G. The social outcome of adults with constitutional growth delay. *J Endocrinol Invest.* 1990 Jul-Aug;13(7):593-5.
- Sandberg D., Brook A., Campos S. Short Stature: A Psychosocial Burden Requiring Growth Hormone Therapy? *Pediatrics*, 1994; 94(6 Pt 1) :832-840.
- Schneil F., Bannard J. Short Stature in Childhood and Adolescence. Part 2. Psychological management. *Can. Fam. Physician.*, 1991; 37: 2217-2222.
- Erling A., Wiklund I., Albertsson Wikland K. Psychological functioning in boys of short stature: effects of different levels of growth hormone secretion. *Acta Paediatr.*, 2002; 91(9): 966-9671.
- Frisch H., Häusler G., Lindenbauer S., Singer S. Psychological Aspects in Children and Adolescents with Hypopituitarism. *Acta Paediatr. Scand.*, 1990; 79(6-7): 644-6451.
- Steinhausen H., Stahnke N. Psychoendocrinological studies in dwarfed children and adolescents. *Arch. Dis. Child.*, 1976; 51(10): 778-783.
- Nicholas L., Tancer M., Silva S., Underwood L., Stabler B. Short Stature, Growth Hormone Deficiency and Social Anxiety. *Psychosom. Med.*, 1997; 59(4): 372-375.
- Mazzone D., Nicolosi A., Aliberti C., Mazzone L., Caruso-Nicoletti M. Aspetti psicologici in bambini con bassa statura. [Psychological findings in children with short stature]. *Minerva Pediatr.*, 2003; 55(3): 261-266.
- Molinari E., Sartori A., Ceccarelli A., Marchi S. Psychological and emotional development, intellectual capabilities, and body image in short normal children. *J Endocrinol Invest.* 2002; 25: 321-328.
- Obuchowski K., Zieniewicz H., Graczykowska-Koczorowska A. Psychological studies in pituitary dwarfism. *Pol Med J.* 1970; 9(5): 1229-35.
- Abbott D., Rotnem D., Gene M., Cohen D. Cognitive and Emotional Functioning in Hypopituitary Short - Statured Children. *Schizophr. Bull.*, 1982; 8(2): 310-319.
- Downie A., Mulligan J., Stratford R., Betts P., Voss L. Are short normal children at a disadvantage? The Wessex growth study. *BMJ*, 1997; 314: 97
- Ross J., Sandberg D., Rose S., Werber Leschek E., Baron J., Chipman J., Cassola F., Quigley C., Crowe B., Roberts K., Cutler G. Jr. Psychological Adaptation in Children with Idiopathic Short Stature Treated with Growth Hormone or Placebo. *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, 2004; 89(10): 4873-4878.
- Visser-van Balen H., Geenen R., Kamp G., Huisman J., Wit J., Sinnema G. Long-term psychosocial consequences of hormone treatment for short stature. *Acta Paediatr.*, 2007; 96(5): 715-719.
- Wygold T. Psychosocial Adaptation to Short Stature – An Indication for Growth Hormone Therapy? *Horm. Res.*, 2002;58(Suppl. 3): 20-23.
- Shurka E., Galatzer A., Baizerman M. The self-concept of growth retarded children, adolescents, and youth: An exploratory study. *J. Integr. Eclectic Psychother.*, 1983; 2(3): 21-35.
- Meyer-Bahlburg H., Feinman J., MacGillivray M., Aceto, Jr T. Growth Hormone Deficiency, Brain Development, and Intelligence. *Am. J. Dis. Child.*, 1978; 132(6): 565-572.
- Rogers J., Pery M., Rosenberg L. IQ Measurements in Children With Skeletal Dysplasia. *Pediatrics*, 1979; 63(6): 894-897.
- Kranzler J., A. Rosenbloom, Proctor B., Diamond F. Jr, Watson M. Is short stature a handicap? A comparison of the psychosocial functioning of referred and nonreferred

- children with normal short stature and children with normal stature. *J. Pediatr.*, 2000;136(1) 96-102.
26. Gilmour J., Skuse D. Short stature - the role of intelligence in psychosocial adjustment. *Arch. Dis. Child*, 1996; 75: 25-31.
 27. Lee J., Appugliese D., Coleman S., Kaciroti N., Corwyn R., Bradley R., Sandberg D., Lumeng J. Short Stature in a Population-Based Cohort: Social, Emotional, and Behavioral Functioning. *Pediatrics*, 2009; 124(3): 903-910.
 28. Sandberg D., Bukowski W., Fung C., Noll R. Height and Social Adjustment: Are Extremes a Cause for Concern and Action? *Pediatrics*, 2004; 114(3): 744-750.
 29. Bannink E., Van Pareren Y., Theunissen N., Raat H., Mulder P., Hokken-Koelega A. Quality of Life in Adolescents Born Small for Gestational Age: Does Growth Hormone Make a Difference? *Horm. Res.*, 2005; 64: 166-174.
 30. Starke M., Erling A., Möller A., Albertsson Wikland K. Family function in families with children of normal height and in families with short children. *Acta Pædiatr.*, 2000; 89(8): 983-988.
 31. Jugowar B., Dzieci somatycznie odmienne, W: Obuchowska I. red., Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. PWZN; Lublin: 1997.
 32. Stabler B. Impact of Growth Hormone (GH) Therapy on Quality of Life along the Lifespan of GH-Treated Patients. *Horm. Res.*, 2001; 56: 55-58.
 33. Holmes C., Hayford J., Thompson R. Personality and Behaviour Differences in Groups of Boys with Short Stature. *Children's Health Care*, 1982; 11(2): 61-64.
 34. Hunter A. Some Psychosocial Aspects of Nonlethal Chondrodysplasias: I. Assessment Using a Life-Styles Questionnaire. *Am. J. Med. Genet. A.*, 1998; 78: 1-8.
 35. Gollust S., Thompson E., Gooding C., Biesecker B., Living with achondroplasia in an average-sized world: an assessment of quality of life, *Am. J. Med. Genet. A.*, 2003;120(4): 447-458.

Adres do korespondencji

Hubert Zieniewicz
ul. Pana Tadeusza 8/52, 20-609 Lublin
Tel.: 501-233-556
e-mail: hubertz82@wp.pl