

10.

Praca z dziećmi o zaburzonych więziach

„Mózg dziecka rozwija się dzięki doświadczeniom i więzi emocjonalnej, dwóm najważniejszym elementom wspomagającym rozwój dziecka”

Zagadnienia więzi i przywiązania

Więź – to co łączy, lub jednoczy ludzi ze sobą

Teoria przywiązania (więzi) zwaną inaczej etologiczno-ewolucyjną teorią osobowości, po raz pierwszy ogłoszono w 1958 r.; oznacza ona:

- ⇒ fakt obserwowalny, wrodzony, o znaczeniu podstawowym charakteryzujący się trwałą tendencją pierwotną do szukania związku z kimś innym,
- ⇒ system reakcji wrodzonych, zaprogramowanych genetycznie, których aktywacja przebiega podczas pewnych okresów krytycznych; każdy noworodek wyposażony jest w genetycznie uwarunkowane wzorce zachowania, pomagające w nawiązywaniu i utrzymywaniu kontaktu z osobami opiekującymi się nim¹,
- ⇒ **system zachowań i reakcji mający trwałą tendencję do utrwalania się i charakteryzujący się względną stałością system reakcji, które w sposób pierwotny i autonomiczny zapewnia ustalenie więzi, posiadający szczególną organizację przebiegu i dynamiki interakcji i odgrywa podstawową rolę w utrzymywaniu równowagi emocjonalnej².**

Przywiązanie najczęściej definiowane jest jako niezwykle silna, długotrwała i emocjonalnie nasycona więź dziecka z konkretną osobą, która najczęściej odwzajemnia jego uczucia. Osobą tą może być zarówno mama, jak i tata dziecka lub inny bliski, którego kontakty z dzieckiem są wystarczająco częste i jakościowe.

¹ J. Bowlby, *Przywiązanie*, tłumacz. M. Polaszewska-Nicke, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.

² H. R. Schaffer, *Rozwój społeczny. Dzieciństwo i młodość*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006.



Kształtowanie się więzi dziecka z osobą dorosłą

Kształtowanie/ustanawianie więzi dziecka z osobą dorosłą/ człowieka z drugim człowiekiem to dynamiczna zdolność rozwijająca się w ramach określonego, celowego, długofalowego procesu. Na przestrzeni czasu przyjmuje ono różne specyficzne formy zanim osiągnie stan swej dojrzałości.

Podstawową i pierwotną funkcją kształtowania się więzi i przywiązania jest utrzymywanie bliskości z matką, celem zapewnienia bezpieczeństwa i pokarmu. Aby utrzymać kontakt z opiekunem dziecko prezentuje zróżnicowany repertuar zachowań takich jak: krzyk, uśmiech, ssanie, przytulanie, „podążanie za”. Ta adaptacyjna funkcja ma charakter **biologiczny** i związana jest z faktem przeżycia.

Kolejna – **emocjonalna** funkcja przywiązania związana jest z zapewnieniem elementarnej potrzeby bezpieczeństwa, co za tym idzie z **kształtowaniem systemu regulacji emocji, będącego podstawą uzyskiwania i zachowania równowagi emocjonalnej i regulacji stosunków z otoczeniem (funkcja społeczna kształtowania więzi)**. Obecność obiektu przywiązania inicjuje proces redukcji fizjologicznego wzbudzenia w sytuacji zagrożenia i modyfikuje percepcję stresu i fizjologiczną na niego odpowiedź. Inaczej mówiąc, dziecko „używa” opiekuna jako źródła regulacji emocjonalnego pobudzenia i dyskomfortu.

Działanie systemu zachowań przywiązaniowych jest ściśle powiązane z **zachowaniami eksploracyjnymi – poznawanie otoczenia możliwe jest gdy dziecko znajduje się blisko opiekuna, stanowiącego dla niego bezpieczną bazę**. Gdy opiekun jest niedostępny lub nieprzewidywalny w swej dostępności, dziecko aktywuje zachowania przywiązaniowe o wiele częściej i silniej, a towarzyszące temu pobudzenie i niepokój uniemożliwia eksplorację otoczenia. Ponieważ system przywiązania ma znaczenie podstawowe, jego włączenie powoduje całkowite wyłączenie większości innych systemów.

System kształtowania się więzi i przywiązania konstytuuje późniejsze funkcjonowanie człowieka we wszystkich sferach życia.



Sfery i funkcje kształtowania więzi/przywiązania

Sfera:	Funkcja:
Biologiczna	ochrona przed niebezpieczeństwem, zaspokojenie potrzeb biologicznych (pokarmu itp.), zapewnienie przeżycia.
Emocjonalna	modyfikacja pobudzenia fizjologicznego, regulacja afektu - uzyskiwanie zdolności do samouspokajania
Poznawcza	uczenie się siebie, innych i świata, eksploracja otoczenia.
Spoleczna	nabywanie kompetencji społecznych, interpersonalnych, budowanie więzi z innymi
Duchowa	kształtowanie bazowej postawy - ufności v nieufności, nadziei

Źródło: L. Krzywicka, *dz. cyt.*, s. 1.

cykl rozwoju przywiązania

Rozwój przywiązania w dzieciństwie odbywa się w ścisłym związku ze zmianami i nabywaniem przez dziecko nowych kompetencji w dziedzinie rozwoju motorycznego, poznawczego, emocjonalnego i społecznego. J. Bowlby wyróżnił tylko cztery fazy rozwoju przywiązania, które umiejscowił w pierwszych trzech latach życia dziecka³. Obecnie wyróżnia się również dalsze fazy obejmujące wiek przedszkolny i młodszy wiek szkolny.

Zgodnie ze współczesnym stanem wiedzy na temat ontogenezy przywiązania w dzieciństwie, stosuje się podział na trzy okresy⁴:

- 1. wczesne dzieciństwo (do trzeciego roku życia),**
- 2. wiek przedszkolny (od 4 do 6 lat)**
- 3. młodszy wiek szkolny (od 7 do 10/12 lat)**

³ J. Bowlby, *dz. cyt.*

⁴ P. Marchwicki, *Teoria przywiązania J. Bowlby'ego*, „Seminare. Poszukiwania naukowe 2006/23, s. 365-383.



1. **Wczesne dzieciństwo (do trzeciego roku życia).** Rozwój przywiązania w niemowlęctwie i wieku poniemowlęcym. W pierwszych trzech latach życia dziecka można mówić o trzech fazach rozwoju przywiązania. Zachodzące zmiany w typowych modelach zachowań związanych z przywiązaniem dokonują się wszystkie w pierwszym roku, przy czym wyłaniająca się z nich faza trzecia rozciąga się na cały wiek poniemowlęcy.

⇒ *Faza I. Orientowanie się i sygnały kierowane bez rozróżniania osób.*

Faza ta trwa od urodzenia do ośmiu-dwunastu tygodni, jednak w warunkach niesprzyjających do rozwoju dziecka może przeciągnąć się poza ten okres. Cechy:

- brak jest wyraźnego zróżnicowania osób, dziecko zachowuje się niemal tak samo wobec wszystkich,
- dziecko nastawione jest głównie na odbieranie bodźców społecznych – podąża wzrokiem, szuka wyraźnych, powoli poruszających się kształtów, preferuje łagodne bodźce słuchowe (głos ludzki), około 4 tygodnia coraz dłużej patrzy na ludzką twarz lub kontury, które ją przypominają,
- wyraźna jest asymetria w relacji dziecka z opiekunem, to od tego drugiego zależy budowanie oraz utrzymanie bliskości,

⇒ *Faza II. Orientowanie się i sygnały kierowane do jednej lub więcej wybranych osób*

Dziecko zachowuje się ciągle przyjacielsko wobec każdej osoby w jego otoczeniu. Zaczyna ono jednak kierować swoje sygnały coraz wyraźniej pod adresem jednej, konkretnej osoby, która pełni wobec niego rolę matki. Faza ta trwa od dwóch-trzech miesięcy do około szóstego miesiąca życia. Cechy:

- reakcja na opiekuna jest bardziej intensywna niż na inne osoby
- zachowanie dziecka jest inne, gdy jest z rodzicem, a jeszcze inne gdy z osobą obcą
- pojawia się lęk przed obcymi i lęk separacyjny,
- dziecko coraz częściej inicjuje kontakt z rodzicem, często w celach wyłącznie rozrywkowych.

⇒ *Faza III. Utrzymywanie bliskości wobec wybranej osoby przy pomocy sygnałów i lokomocji.*

Ustają przyjacielskie zachowania dziecka w stosunku do wszystkich bez wyjątku osób, z którymi ma ono kontakt. Osoby obce są traktowane z coraz większą ostrożnością i podejrzliwością. Cechy:

- przywiązanie umacnia się i tworzy się coraz wyraźniejszy model roboczy opiekuna, a co za tym idzie współgrający z nim obraz samego siebie
- poszerza się zakres zachowań umacniających przywiązanie (z uwagi na możliwość przemieszczania się i rozwój mowy), np. wołanie, wyciąganie rąk, odwracanie się w kierunku rodzica podczas samodzielnej zabawy itp.



- rodzic staje się gwarantem bezpieczeństwa, tzw. ”bezpieczną bazą”, do której można powrócić podczas eksploracji świata (oczywiście jeśli do tej pory rodzic „pracował” na bezpieczną więź).

2. Przywiązanie w wieku przedszkolnym.

⇒ *Faza IV powstania między dzieckiem a matką wzajemnej relacji wyznaczonej przez cel*

Wraz z postępującym rozwojem zdolności poznawczych dziecko zaczyna powoli wzuwać się w różnego rodzaju doznania i motywacje matki. Prowadzi to:

- do powstania między nimi relacji partnerstwa – dziecko coraz bardziej liczy się z potrzebami i planami rodzica,
- dziecko coraz lepiej rozumie motyw działania i uczucia opiekuna,
- dziecko coraz lepiej rozumie świat społeczny, ma już zbudowany model roboczy rodzica i lepiej radzi sobie z rozłąką

Od około czwartego roku życia dzieci potrafią nie tylko czasowo powstrzymać się od szukania bliskości rodziców w sytuacji stresowej, ale zaczynają wchodzić z nimi w negocjacje, aby wspólnie ustalić, kiedy taka bliskość będzie możliwa. W negocjacjach tych obu stronom pomaga rozwój zdolności językowych u dziecka.

3. Przywiązanie w młodszym wieku szkolnym.

Dzieci w tym wieku zaczynają także powoli przejmować na siebie główną odpowiedzialność za swoje bezpieczeństwo. Zachowania związane z przywiązaniem stają się coraz bardziej złożone, a ich celem jest w coraz mniejszym stopniu bezpośredni kontakt z postacią przywiązania. Dzieci w tym wieku zaczynają także powoli przejmować na siebie główną odpowiedzialność za swoje bezpieczeństwo.

Kolejne cykle:

4. przywiązanie w okresie adolescencji

Wiek dorastania jest dla rozwoju przywiązania, podobnie jak dla wielu innych aspektów funkcjonowania psychospołecznego jednostki, okresem przejściowym. Systemu przywiązania ulega w okresie dorastania wielu zasadniczym przemianom. Najważniejsze z nich dotyczą wyłonienia się zintegrowanego modelu przywiązania zmian w relacjach z rodzicami (rozluźnienie więzi) oraz zmian w relacjach z rówieśnikami (rośnie ich znaczenie). Podłożem zmian są rozwijające się procesy myślenia abstrakcyjnego i hipotetyczno-dedukcyjnego oraz wzrastająca zdolność postrzegania swojej odrębności od innymi ludźmi.



5. Przywiązanie w okresie życia dorosłego

Przywiązanie u osób dorosłych można określić jako stałą tendencję danej jednostki do szukania i utrzymywania bliskości i kontaktu z inną konkretną jednostką lub kilkoma innymi konkretnymi jednostkami, które są dla niej źródłem subiektywnego poczucia bezpieczeństwa. Wyróżniamy w tym cyklu modele więzi: *Przywiązanie do partnera w romantycznej miłości i do współmałżonka. Przywiązanie do rodziców. Przywiązanie do własnych dzieci*⁵.

predykatory zdrowego przywiązania

Wszystkie dzieci od pierwszych miesięcy życia budują więzi i dochodzą do tego podobną drogą, jednakże **przywiązanie może różnić się pod względem jakości**.

W okresie pierwotnego przywiązania niemowlę wypracowuje **modele reprezentacji otaczającego je świata i model samego siebie** jako elementu wchodzącego w skład tego świata. Modele te zwane inaczej wzorcami przywiązania **stanowią wierne odbicie doświadczeń z zakresu interakcji dziecka z matką**. „Zdrowe przywiązanie” na linii dziecko-matka zależy od czynników zawierających się we **wzorze bezpiecznego przywiązania (B)** bezpiecznej atmosferze rodzinnej, komunikacji, postawach, stylach i metodach wychowawczych.

Rodzaje przywiązania i ich charakterystyka (styl bezpieczny i styl pozabezpieczny (unikający, lękowy, zdezorganizowany))

Biorąc pod uwagę jeden z aspektów przywiązania jakim jest **doświadczenie bezpieczeństwa** początkowo wyróżniono trzy typy relacji między niemowlętami i ich matkami wraz z opisem zachowań matek przyczyniających się do ich ukształtowania tj. **styl**, a w konsekwencji **wzór przywiązania: bezpiecznego (B), lękowo-ambiwalentnego (C)** (nazywany lękowym) i **lękowo-unikającego (A)** (nazywany unikającym). Kolejne badania wykazały, konieczność wyróżnienia czwartego wzorca – **wzór zdezorganizowany (D)**.

Styl przywiązania można określić już u dzieci rocznych lub półtorarocznych⁶.

⁵ L. Krzywicka, *Typ przywiązania i jego konsekwencje dla rozwoju dziecka*, Dziecko z Zespołem Zaburzenia Więzy, Szczecin 2008 Konferencja „Dziecko z Zespołem Zaburzenia Więzy” Szczecin 2008 www.teczaserc.pl

⁶ D. Senator, *Główne tezy teorii przywiązania*, [w:] Tryjarska B (red.), *Bliskość w rodzinie*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2012.



W późniejszych latach życia człowieka system reakcji związany z przywiązaniem słabnie, szczególnie jego przywiązanie z opiekunem. Sama potrzeba przywiązania jednak nie zanika, ukierunkowana zostaje na inną bliską osobę. **Uderzające pozostaje podobieństwo pomiędzy reagowaniem dziecka na matkę a reagowaniem dorosłego na bliską osobę⁷**

Wzorce (rodzaje) przywiązania dziecko/dorosły

Wzorzec przywiązania	Charakterystyka/”obca sytuacja”
<p>Wzór (B) bezpieczny</p>	<p style="text-align: center;">dziecko</p> <p>Związany jest z doświadczaniem przez dziecko poczucia bezpieczeństwa w relacji z matką. Źródłem owego bezpieczeństwa jest dostępność, responsywność i przewidywalność opiekuna, we wczesnych miesiącach życia, głównie matki. Dziecko doświadcza bezpieczeństwa, gdy matka zachowuje wrażliwość na sygnały dziecka, odpowiada na sygnalizowane przez nie potrzeby, szczególnie wtedy gdy oczekuje ono uspokojenia i komfortu.</p> <p>Strategia zachowania: otwartość, spontaniczność.</p> <p style="text-align: center;">dorosły</p> <p>Obraz siebie: jako kompetentnych, wartościowych, wartych uwagi i miłości.</p> <p>Obraz innych : jako ciepłych, wspierających, godnych zaufania. Obdarzają ich szacunkiem i sympatią.</p> <p>Emocje : czują się dobrze w bliskim związku, nie obawiają się zależności ani bycia samemu.</p> <p>Rodzic: ciepły, wrażliwy, opiekuńczy i pomocny.</p>
<p>Wzór (A) lękowo-unikający</p>	<p style="text-align: center;">dziecko</p> <p>Formuje się w sytuacji, gdy dziecko nie ma zaufania, że gdy będzie poszukiwało opieki to spotka się z pomocną odpowiedzią ze strony opiekuna a wręcz spodziewa się odrzucenia. Na skutek braku pomocnych odpowiedzi</p>

⁷ L. Krzywicka, *dz. cyt.*, s. 2.



dziecko podejmuje wysiłek poradzenia sobie bez wsparcia i buduje strategię zaradczą opartą na emocjonalnej samowystarczalności.

Strategia zachowania: strategia obronna- tłumienie uczuć negatywnych lub fałszywe okazywanie pozytywnych.

dorośli

Obraz siebie: postrzegają siebie pozytywnie, jako wartościowych, kompetentnych, samodzielnych i samowystarczalnych.

Obraz innych: inni są mało wiarygodni, wrodzy i niesprawiedliwi.

Emocje: wykluczają negatywne emocje, nie mają dostępu do nich. Minimalizują znaczenie bolesnych doświadczeń i uczuć. Mają słabą kontrolę emocji, skłonność do impulsywności i zachowań typu acting-out. Przejawiają obronną samowystarczalność. Przeżywają duży dyskomfort w sytuacji bliskości.

Zachowanie: unikają bliskości, zależności i zaangażowania. Są zdystansowani, niezależni. Budują powierzchowne kontakty z innymi, oparte na wspólnych sprawach, a nie na zaangażowaniu. Innych ludzi traktują instrumentalnie.

Rodzic: odrzucający, wymagający, wrogi, agresywny (kary i upokarzanie)

Wzór (C) lękowo-
ambiwalentny

dziecko

Kształtuje się w przypadku gdy dziecko doświadcza niepewności co do tego, czy opiekun będzie dostępny, responsywny i pomocny w sytuacji gdy będzie go potrzebowało. Wskutek doznawanej niepewności dziecko doświadcza lęku separacyjnego, wykazuje skłonność do przywierania, aktywuje zachowania przywiązaniowe i porzuca aktywność związaną z eksploracją

otoczenia. Do uformowania tego typu wzorca przyczynia się **opiekun nieprzewidywalny, to znaczy w pewnych sytuacjach dostępny i pomocny a w innych nie** lub stosujący separację i groźby porzucenia jako formę kontroli nad dzieckiem.

Strategia zachowania: kontrola i przymus



dorosły

Obraz siebie: jako mało wartościowych, niekompetentnych i mało atrakcyjnych.

Obraz innych: jako zagrażających, nie dających wsparcia, odrzucających.

Emocje: przejawiają niepokój i obawy w sytuacji bliskości, w związku. Mają trudności w ujawnianiu emocji, charakteryzują się wysoką reaktywnością emocjonalną. Przejawiają brak zaufania do innych i obawiają się bycia zależnym, odrzucenia i porzucenia.

Zachowanie: unikają kontaktów społecznych. W relacjach z innymi są pasywni i nieśmiali, unikają konfliktów.

Rodzic: niedostępny, krytyczny, często nadopiekuńczy i kontrolujący.

Wzór (D)

zdezorganizowany

dziecko

Charakterystyczny dla niego jest **brak u dziecka spójnej strategii radzenia sobie ze stresem**. Przejawia ono **różne zachowania, często sprzeczne ze sobą** i dziwaczne. Wzorec ten obserwowano u dzieci maltretowanych i dzieci matek cierpiących na depresję. **Dotyczący dzieci z najbardziej zaburzonym poczuciem więzi**. Opiekun stanowi wówczas zagrożenie dla dziecka. Źródłem owych zachowań dziecka jest równoczesne doświadczanie przez niego lęku i przywiązania oraz niemożność rozwiązania tego konfliktu.

Strategia zachowania: brak

dorosły

Obraz siebie: niespójny, niestabilny, uzależniony od akceptacji innych.

Obraz innych: wraz z potrzebą bliskości idealizują innych ludzi, mają wysokie oczekiwania, będące źródłem rozczarowań. Widzą innych jako niedostępnych, eksploatacyjnych.

Emocje: przeżywają zazdrość i lęk przed rozdzieleniem. Wzbudzają i doświadczają złości, smutku i zazdrości. Nadmiernie kontrolują emocje.

Zachowanie: Nadmiernie angażują się w związek a równocześnie mają



trudności z jego utrzymaniem. Są przyklepni, zależni i równocześnie dominujący i kontrolujący. Pragną bliskości, szybko się zakochują, oczekują wyłącznej uwagi dla siebie.

Rodzik: prezentujący niespójne, nieprzewidywalne zachowania. Przeżywają ambiwalentne uczucia w stosunku do niego, idealizują a zarazem dewalują go. Często zostają związani z nim nawet w okresie dorosłości.

Źródło: Oprac. własne na podstawie: L. Krzywicka, *dz. cyt.*, s. 2.

„Obca sytuacja” – równowaga między potrzebą bliskości a autonomii

Procedura „obcej sytuacji” (*strange situation*) stworzona przez Mary Ainsworth – model obserwacji, za pomocą której wyróżniono i **badano style przywiązania dziecka znajdującego się w obcym dla niego miejscu razem z opiekunem**. Po jakimś czasie opiekun wychodzi i pojawia się nieznamy mu osoba, która próbuje pocieszyć dziecko. Procedura ma wiele „wersji”, różniących się sposobem, w jaki następuje separacja dziecka od bliskiej osoby i ponowne spotkanie.

„Obca sytuacja” pomaga ocenić jak dziecko korzysta z więzi, którą zbudowało z opiekunem, a także zobaczyć, jak kształtuje się równowaga między bliskością i samodzielnością, czy inaczej potrzebą bezpieczeństwa i potrzebą eksploracji. **Te dwie potrzeby są od siebie wzajemnie zależne. Kiedy dziecko oddala się od dorosłego, w pewnym momencie potrzeba bezpieczeństwa, bliskości staje się coraz silniejsza, a potrzeba eksploracji słabnie. Dziecko wraca do opiekuna i szuka u niego wsparcia. Wtedy potrzeba bliskości zostaje zaspokojona i znowu pojawia się potrzeba autonomii.**

To, jaka jest równowaga między bliskością a niezależnością, zależy nie tylko od rodzaju więzi ale też od tego, jak duże jest dziecko, co się z nim dzieje, jak się czuje, jak dużo stresu doznaje, jak dobrze sobie z nim radzi.

Obserwując to, co dzieje się podczas badania można ocenić charakterystyczny dla danego dziecka (a raczej danej relacji) sposób reagowania na doznawany stres i poszukiwania równowagi, który nazywany jest wzorcem przywiązania/ (20 minutowa obserwacja dziecka, dwukrotna separacja na 3 min./

Na tej podstawie można określić rodzaj więzi, jaka łączy dziecko z matką. Wyróżnia się typ /styl „bezpieczny” oraz „pozabezpieczny” (unikający, lękowy, zdezorganizowany)



- ⇒ **przywiązanie bezpieczne (ufne)** – dziecko uspokoja się po powrocie matki, w sytuacji stresowej szuka wsparcia i pociechy u innych, matka jest dla dziecka „bezpieczną bazą”, ma zdolność odzwierciedlania stanów – co sprzyja prawidłowemu rozwojowi dziecka. Matki dzieci ufnie przywiązanych szybko reagują na ich płacz, często patrzą, uśmiechają się więcej do nich mówią, okazują radość. Dziecko przeżywa siebie jako godne miłości i uwagi, może liczyć na innych, prosić o pomoc w potrzebie, przenosi te zasady na wszystkie inne związki. Oznakami ufego przywiązania w dorosłym życiu jest „kompetencja autobiograficzna” i zdolność do płynnej narracji, większa kontrola ego i większa odporność psychiczna. Dziecko podąża za matką, woła ją, a po jej powrocie szuka z nią kontaktu i szybko się uspokoja. Więź bezpieczna tworzy się, gdy matka rozumie potrzeby dziecka, reaguje na nie i je zaspokaja.
- ⇒ **przywiązanie pozabezpieczne (unikające)** – dziecko przejawia niewielkie objawy stresu w trakcie nieobecności matki, a po jej powrocie nie dąży do ponownej bliskości. W późniejszym życiu wchodzi w relacje, które nie zapewniają emocjonalnego wsparcia, odcina się od emocji ponieważ matka nie jest wystarczająco dobrze nastawiona do dziecka, nie reaguje na jego sygnały emocjonalne; **jest to matka praktyczna**: nakarmić, przewinąć i wystarczy. Dziecko spostrzega świat jako miejsce niebezpieczne, w którym do innych należy się odnosić z wielką ostrożnością. Siebie dziecko przeżywa jako niezdarne, niegodne miłości. Dziecko minimalizuje swoje potrzeby by uprzedzić spodziewane niezaspokojenie i odrzucenie i pozostać w odległym kontakcie z opiekunem. Odrzucenie i własne potrzeby zostają usunięte ze świadomości, tj. „*obronne wykluczenie, obrona percepcyjna*”. Lękowo przywiązane dziecko może zostać pochwycone w pułapkę błędnego koła, gdy nie ma bezpiecznej bazy, wcześniej pojawia się rozłąka, utrata, dziecko czuje gniew i pragnie zaatakować opiekuna. Nie ośmiela się tego zrobić z obawy przed odwetem lub porzuceniem, wypiera więc uczucia lęku i wściekłości, co powoduje większą niepewność. Następuje zablokowanie ekspresji i pragnienia ufnej, bliskiej relacji, miłości, opieki.
- ⇒ **przywiązanie pozabezpieczne (lękowe)** – dziecko okazuje silny stres w trakcie separacji i nie uspokoja się po powrocie opiekuna, jest zdenerwowane, agresywne. Rodzice nadmiernie się przejmują, wpadają w panikę, bezradnie się szamoczą. Rodzice nie są w stanie dać sobie rady z własnymi problemami, nie potrafią radzić sobie z własnym stresem, pomóc dziecku poradzić sobie z bólem i złością. Dziecko samo musi radzić sobie z emocjami, często wyładowuje agresję na zabawkach lub rodzeństwie. Odwrócenie ról w relacjach rodzice – dziecko, co hamuje zdolności eksploracyjne dziecka, nadmierna ingerencja rodzica, podkreślanie zależności i niesamodzielności dziecka, opiekun jest nieprzewidywalny, dziecko skrajnie podporządkowane. Odpowiedzią dziecka na groźbę separacji jest agresja.
- ⇒ **przywiązanie pozabezpieczne (zdezorganizowane)** – dziecko poszukuje bliskości matki w sposób chaotyczny, dziwaczny, nieadekwatny. W dalszym rozwoju dziecka występują objawy psychopatologiczne, w sytuacji stresu mogą zostać uruchomione mechanizmy



dysocjacyjne, zaburzenia osobowości. Dziecko niezwykle wyczułone na emocje rodzica, przejmuje nad nim opiekę, oferuje mu pocieszenie. Opiekun stanowi zagrożenie dla dziecka (przemoc lub molestowanie), rodzic nie może stać się bezpieczną bazą dla dziecka, nie kojarzy się z lękiem, brak ciągłości w relacji z opiekunami skutkuje niezdolnością do wyzwalania się z relacji powodujących ból, brak umiejętności samouspokojenia⁸.

Pozabezpieczne style przywiązania wychowania a dysfunkcyjne środowisko

Najczęściej w rodzinach dysfunkcyjnych można zaobserwować więzi między dzieckiem a rodzicem wpisujące się w pozabezpieczne style przywiązania (unikającego, lękowego, zdezorganizowanego).

Dysfunkcjonalność rodziny powoduje zaburzenie stosunków emocjonalnych i interpersonalnych między rodzicami oraz między rodzicami a dziećmi. Zakłócony zostaje klimat życia domowego, tworząc traumatyczną atmosferę życia rodzinnego. Niezaspokojone są w niej potrzeby psychiczne dziecka, a życie rodzinne ulega dezorganizacji. W rodzinie dysfunkcyjnej brak jest celów wychowawczych i życiowych. Natomiast postawy, metody i style wychowawcze występujące w rodzinie są okazjonalne, często niepedagogiczne, powodujące niedostosowanie dzieci.

Styl wychowania - sposób działania, stosowany przez rodziców w celu kształtowania osobowości własnego dziecka. Zakłada się więc w tym ujęciu świadomość celu wychowania i sposobów działania pozwalających ów cel osiągnąć. Wyróżnia się jeden „bezpieczny” – demokratyczny (autorytatywny) oraz „pozabezpieczne”:

- 1. autokratyczny:** oparty na sile, posłuszeństwie, surowości i dystansie wobec dziecka, braku stosowania pochwał, nieuwzględnianiu opinii dziecka, nadmiernych wymaganiach i kontroli, co przyjmuje postać „wychowania konserwatywnego”.

Dziecko żyje w ciągłym napięciu, cechuje je nadmierna (choć pozorna) zależność i uległość wobec rodziców, co w sytuacjach „granicznych” zmienia się w buntowniczość i opór wobec ich wymagań. Konsekwencją narzucania formalnego autorytetu jest brak internalizacji norm i wartości proponowanych przez rodziców, zaś egocentryzm i egoizm dziecka powodować może łamanie niewygodnych dla siebie zasad, szczególnie w sytuacjach braku kontroli zewnętrznej (rodzicielskiej). Wychowanie jest tu nieskuteczne, bo nie prowadzi do internalizacji systemu aksjonormatywnego, który nie jest poparty racjonalną argumentacją i emocjonalną więzią z rodzicem (brak identyfikacji).

Styl ten reprezentuje najczęściej rodzic odzwierciedlający w swym dorosłym życiu unikający wzór przywiązania:

⇒ odrzucający, wymagający, wrogi, agresywny (kary i upokarzanie)

⁸ D. Senator, *dz. cyt.*



- ⇒ mający słabą kontrolę emocji, skłonność do impulsywności
- ⇒ unika bliskości, zależności i zaangażowania, zdystansowany, niezależny; dziecko traktuje instrumentalnie; czy

lękowy wzór przywiązania

- ⇒ niedostępny, krytyczny, często nadopiekuńczy i kontrolujący.

2. **liberalny (permissywny)** – przywalający, oparty na miłości i pozytywnych więziach emocjonalnych, ograniczonej kontroli, niestawianiu wymagań, niekonsekwencji, braniu pod uwagę opinii dziecka, niskich kompetencjach komunikacyjnych rodziców, co można określić jako „wychowanie bezstresowe”);

Prowadzi do ukształtowania wysokiego, ale często nieadekwatnego poczucia własnej wartości, postawy egoistycznej, egocentryzmu, braku wewnętrznej dyscypliny, wytrwałości w działaniu czy odporności psychicznej.

Obraz rodzica jest:

- ⇒ prezentujący niespójne zachowania wychowawcze
- ⇒ brak strategii wychowawczej (w rodzinach dysfunkcyjnych obserwujemy pewne cechy wzoru zdeorganizowanego przywiązania u dorosłego)

3. **niekonsekwentny (odtrącająco-zaniedbujący)**, który wyznacza brak zaangażowania rodziców w sprawę i rozwój dziecka, brak czułości w relacjach z dzieckiem oraz niestawianie mu wymagań i brak różnych form wsparcia, w tym głównie informacyjnego, co realnie przyjmuje postać „wychowania niekonsekwentnego”⁹.

Rodzic „dysfunkcyjny” może reprezentować jeden z trzech pozabezpiecznych wzorów przywiązania (ww.)

Sytuacja dziecka w pieczy zastępczej

Generalnie przyjmuje się, że w normalnych warunkach biologiczna matka staje się dla dziecka główną lub pierwszorzędną postacią przywiązania. **Może nią również być jakaś inna osoba, która pełni wobec niego rolę matki. Dziecko traktuje wtedy tę osobę tak, jak traktowałoby swoją matkę naturalną.** Tendencję do przywiązywania się do jednej, konkretnej osoby określa się terminem **monotropia**. Oprócz matki lub osoby pełniącej tę rolę, dziecko przywiązuje się także do innych osób, które stają się drugorzędnymi postaciami – **przywiązania wielokrotne**

Wczesna relacja między opiekunem a dzieckiem jest o tyle ważna, że może wskazywać na to, w jaki sposób dziecko będzie tworzyło kolejne więzi w życiu, jak będzie się rozwijać emocjonalnie., **Dziś wiemy, że tak długo, jak długo dziecko jest w stanie stworzyć bezpieczną**

⁹ E. Wysocka, B. Ostafińska-Molik, *Zaburzenia przystosowania młodzieży a style wychowania w rodzinie*, „Pedagogika Społeczna” 2015 nr 4 (58), s. 60.



i trwałą więź z głównym opiekunem, będzie w stanie tworzyć zdrowe relacje z innymi ludźmi.

Pozornie wydawać by się mogło, iż dziecko zabrane z domu rodzinnego, w którym doznaje skrajnego zaniedbania, przemocy, porzucenia, gdy znajdzie się w bezpiecznym i korzystnym dla niego środowisku powinno odczuć ulgę i zadowolenie. Jednakże każda zmiana, a tym bardziej taka, która niesie ze sobą separację dziecka od rodziców, wywołuje w nim silne napięcie emocjonalne. **W rodzinie dysfunkcyjnej również występują więzi między dzieckiem a rodzicem!**

Każda sytuacja rozdzielenia dziecka z rodzicami:

- ⇒ jest dla niego stresująca
- ⇒ wywołuje smutek,
- ⇒ rozpacz i złość
- ⇒ towarzyszy uczucie krzywdy
- ⇒ dziecko obwinia się za sytuację (np. *nie było dość grzeczne lub niewystarczająco dużo pomagało rodzicom*)

Ważne jest zatem, by w momencie znalezienia się w sytuacji rozdzielenia, piecza zastępcza w zakresie emocjonalnym zapewniła dziecku:

- ⇒ możliwość utrzymania więzi emocjonalnej z biologicznymi rodzicami
- ⇒ szansę budowy pozytywnych więzi z nowymi opiekunami/dziećmi
- ⇒ realizację potrzeb:

- poczucia bezpieczeństwa – podstawę budowy więzi
- przynależności
- uznania
- samorealizacji

- ⇒ **pozwoliła na swoisty czas „żałoby”** związanej z utratą rodziny biologicznej
- ⇒ **pozwoliła na skierowanie złości na zewnątrz** (agresja)
- ⇒ **wspierała w przejściu przeżywania złości do wewnątrz** (depresja, lęk, koszmarne sny, brak adekwatnych reakcji i zainteresowań, wycofanie się z kontaktów rówieśniczych, trudności w nauce, sięganie po alkohol i narkotyki).
- ⇒ **wspierała edukacji i rozwoju w kierunku usamodzielnienia**¹⁰.

¹⁰ *Poradnik zastępczego rodzicielstwa. Dla rodziców zastępczych, kandydatów na rodziców zastępczych oraz osób i instytucji pracujących z rodzinami zastępczymi, ROPS, Kraków 2006, s. 18-19.*



Założenia pieczy zastępczej

Pieczą zastępczą jest sprawowana w formie rodzinnej i instytucjonalnej. Formami rodzinnej pieczy zastępczej są: rodzina zastępcza i rodzinny dom dziecka.

zapewnia:

- ⇒ czas potrzebny na pracę z rodziną biologiczną umożliwiającą powrót dziecka do rodziny lub – gdy jest to niemożliwe – dążenie do przysposobienia dziecka;
- ⇒ przygotowanie dziecka do:
 - a) godnego, samodzielnego i odpowiedzialnego życia,
 - b) pokonywania trudności życiowych zgodnie z zasadami etyki,
 - c) nawiązywania i podtrzymywania bliskich, osobistych i społecznie akceptowanych kontaktów z rodziną i rówieśnikami, w celu łagodzenia skutków doświadczania straty i separacji oraz zdobywania umiejętności społecznych;
- ⇒ zaspokojenie potrzeb emocjonalnych, bytowych, zdrowotnych, edukacyjnych i kulturalno-rekreacyjnych dziecka.

Reaktywne zaburzenia więzi (RAD) – pojęcie objawy, możliwości leczenia

Zespół zaburzenia więzi (Reactive Attachment Disorder) RAD – jest terminem diagnostycznym na określenie ostrych i względnie nietypowych zaburzeń więzi, które dotyczą dzieci. W większości sytuacji RAD charakteryzuje się wyraźnie zaburzonymi i niewłaściwymi pod względem rozwojowym sposobami nawiązywania więzi społecznych¹¹.

RAD jest syndromem, który można zaobserwować u poszczególnych osób mających problemy z okazywaniem uczuć i tworzeniem trwałych związków. W celu zaspokojenia własnych potrzeb i poczucia bezpieczeństwa, osoby te ufają tylko sobie. Te osoby często mają problemy z własnym sumieniem, nie czują empatii i nie mają prawdziwych uczuć do otaczających ich ludzi i zwierząt.

Zespół zaburzenia więzi RAD bierze się z niemożności utworzenia normalnych więzi z podstawowymi opiekunami we wczesnym dzieciństwie. Taka sytuacja może wynikać z poważnych wczesnych doświadczeń zaniedbania, przemocy, nagłego oddzielenia od opiekunów między wiekiem sześciu miesięcy i trzech lat, częstych zmian opiekunów lub braku odzewu ze strony opiekuna na wysiłki komunikacyjne wykazywane przez dziecko. Nie wszystkie ani nawet nie większość takich doświadczeń prowadzi do tego zaburzenia¹².

¹¹ G. Iniewicz, Zaburzenia emocjonalne u dzieci i młodzieży z perspektywy teorii przywiązania, „Psychiatria Polska” 2008, nr 5.

¹² Tamże.



Zaburzenie to objawia się pod dwiema postaciami:

- ⇒ **zahamowaną** – stałej niemożności zainicjowania lub odpowiedzenia na większość interakcji społecznych w odpowiedni sposób, zgodnie z etapem rozwoju, oznacza zubożenie i ograniczenie relacji, unikanie fizycznych objawów czułości, kontaktu wzrokowego, chłód emocjonalny oraz obojętność.
- ⇒ **niehamowaną/rozhamowaną** – objawiającą się jako bezkrytyczna towarzyskość, w postaci przesadnej poufałości z nieznanymi, to narzucanie się najczęściej obcym, przypadkowym ludziom, próba oczarowania ich i pozyskania sympatii za wszelką cenę.

W przypadku formy zahamowanej twierdzi, że zespół ten prawdopodobnie pojawia się jako bezpośredni efekt poważnego zaniedbania ze strony rodziców, wykorzystywania lub poważnego nadużycia. DSM (kategoria diagnostyczna: zespół zaburzenia więzi u niemowląt) uważa, że musi istnieć historia „opieki patogenetycznej”, co definiuje się jako stałe lekceważenie podstawowych potrzeb emocjonalnych i fizycznych dziecka, lub ciągłe zmiany podstawowego opiekuna, który nie dopuszcza do utworzenia się więzi dyskryminacyjnych i wybiórczych, co uznaje się za przyczynę pojawienia się zaburzenia. Z tego powodu część diagnozy polega raczej na przyjrzeniu się historii opieki nad dzieckiem aniżeli obserwacji symptomów.

Objawy RAD

Kryteria diagnostyczne:

ICD-10 opisuje zespół zaburzenia więzi w dzieciństwie, znany jako RAD, i niehamowane zaburzenie więzi, mniej znane jako DAD.

DSM-IV-TR opisuje również zespół zaburzenia więzi u niemowląt lub we wczesnym dzieciństwie, dzieląc go na dwa podtypy, typ hamowany i typ niehamowany, oba znane jako RAD. **Te dwie klasyfikacje (typ hamowany i typ niehamowany) są podobne i obie zawierają**

- ⇒ znacznie zaburzone i nieodpowiednie pod względem rozwoju nawiązywanie kontaktów społecznych w większości kontekstów;
- ⇒ zaburzenia nie można wyjaśnić wyłącznie opóźnieniem w rozwoju i nie spełnia ono kryteriów dominującego zaburzenia rozwoju;
- ⇒ początek przed piątym rokiem życia;
- ⇒ historia poważnego zaniedbania;



- ⇒ brak rozpoznawalnej, ulubionej osoby, do której dziecko jest przywiązane
- ⇒ lęklivość i nadwrażliwość,
- ⇒ ambiwalencja uczuciowa,
- ⇒ obniżona tolerancja frustracji,
- ⇒ odpowiadanie agresją na napotkane przeszkody.

U niektórych dzieci mogą wystąpić oba rodzaje zachowań¹³.

typ hamowany – objawia się:

- w przesadnie zahamowanych, super-czułych lub wysoce ambiwalentnych i sprzecznych odzewach (np. dziecko może odpowiadać opiekunom mieszaniem zbliżenia się, unikania i oporu na pocieszenie
- może ukazywać "zimną czujność", super-czujność, jednocześnie zachowując beznamiętną i spokojną postawę).
- niemowlęta nie szukają i nie przyjmują pocieszenia w czasie zagrożenia, niepokoju lub cierpienia, nie utrzymując "bliskości", podstawowego elementu zachowania w więzi z drugim człowiekiem
- unikanie wchodzenia w relacje
- odmowa przyjmowania pomocy

typ niehamowany – obserwuje się:

- rozmyte więzi, które objawiają się w bezkrytycznej towarzyskości z wyraźną niemożnością wykazania odpowiednich więzi
- selektywnych (np. przesadna poufałość wobec względnie nieznanym osobom lub brak selektywności w wyborze osób, z którymi nawiązują i utrzymują więź).
- brak "specyficzności" osób, z którymi nawiązują i utrzymują więź
- częste zwracanie się o pomoc
- dziecinne zachowanie¹⁴

Leczenie RAD

Ocena bezpieczeństwa dziecka jest pierwszym krokiem, który określa, czy przyszła interwencja w rodzinie będzie konieczna, czy też dziecko należy przenieść do bezpiecznego

¹³ M. Nowak A. Gawęda, M. Janas-Kozik, *Prowokacja odrzucenia czy pragnienie bliskości? Znaczenie relacji rodzic zastępczy – dziecko dla niwelowania deficytów wynikających z diagnozy „zaburzenia więzi*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna”2011, nr 11(1).

¹⁴ Tamże.



środowiska. Interwencje mogą obejmować wsparcie rodziny przez służby psychologiczne i socjalne wliczając w to pomoc finansową lub domową, wsparcie mieszkaniowe i socjalne), interwencje psychoterapeutyczne (wliczając w to leczenie rodziców cierpiących na choroby psychiczne, terapię rodzinną, terapię indywidualną), kształcenie (wliczając w to szkolenie w dziedzinie podstawowych umiejętności rodzicielskich oraz rozwoju dziecka), oraz **monitorowanie bezpieczeństwa dziecka w środowisku rodzinnym**.

W roku 2005 Amerykańska Akademia Psychiatryczna dla Dzieci i Młodzieży przedstawiła wytyczne przez N.W. Boris i C.H. Zeanah) oparte na opublikowanych przez siebie parametrach do diagnozowania i leczenia RAD. **Zalecenia ujęte w tych wskazówkach obejmują następujące kwestie:**

1. Najważniejszą interwencją w przypadku małych dzieci, u których zdiagnozowano zespół zaburzenia więzi i którym brak jest więzi z wybranym opiekunem, jest zadbanie o to, aby dziecko miało osobę, z którą mogłoby nawiązać więź.
2. Chociaż diagnoza zespołu zaburzenia więzi opiera się na symptomach, które wykazuje dziecko, ocena podejścia opiekuna do dziecka jest ważna przy wyborze sposobu leczenia.
3. Uznaje się, że dzieci z zespołem zaburzenia więzi mają mocno zaburzone wewnętrzne modele nawiązywania więzi z innymi. Po zadbaniu o to, żeby dziecko znalazło się w bezpiecznym i stabilnym środowisku, skuteczne leczenie zaburzenia więzi musi koncentrować się na stworzeniu pozytywnych interakcji z opiekunami.
4. Dzieci, które spełniają kryteria zespołu zaburzenia więzi i wykazują zachowania agresywne i opozycyjno-buntownicze wymagają uzupełniającego (dodatkowego) leczenia.

Dominujące programy prewencyjne i podejścia do leczenia zaburzeń więzi u niemowląt i młodszych dzieci są **oparte na teorii więzi i koncentrują się na zwiększeniu odzewu i wrażliwości opiekuna**, lub, jeśli to nie jest możliwe, umieszczeniu dziecka u innego opiekuna. Niektóre z tych programów leczenia lub prewencji są konkretnie **nakierowane raczej na opiekunów zastępczych** aniżeli na rodziców, ponieważ zachowania więziowe niemowląt lub dzieci z zaburzeniami więzi często nie napotykają na odpowiednie reakcje opiekuna.

Inne metody leczenia obejmują **terapię rozwojową**, opartą na indywidualnych różnicach¹⁵.

W niektórych przypadkach, jeśli dziecko cierpi na stany lękowe lub depresję może podawać pewne leki, takie jak inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny (SSRIs). Dzieci, które

¹⁵ Tamże.



przyjmują te leki powinny być uważnie obserwowane, czy nie objawiają myśli lub zachowań samobójczych.

Dziecko w żałobie, dziecko odrzucone, dziecko nieprzywiązane – analiza przypadków

specyfika żałoby traumatycznej u dzieci:

- ⇒ **żałoba typowa przebiegająca prawidłowo** – dziecko otrzymuje prawidłową opiekę po stracie rodzica/opiekuna. Oczekiwane i trafne wsparcie i adekwatna pomoc umożliwia rozpoczęcie przeżywania utraty w bezpiecznej dla dziecka sytuacji, przy pomocy i ułatwieniu ekspresji uczuć, jak również psychoedukacji na temat możliwych reakcji emocjonalnych na skutek trudności adaptacyjnych w żałobie;
- ⇒ **żałoba atypowa powiązania z objawami reakcji i zaburzeń pourazowych** odroczonego procesu przeżywania utraty z powodu ostrej reakcji pourazowej nasilone emocje negatywne, dramatyczne okoliczności śmierci rodziców/opiekunów, uruchomienie działań dochodzeniowo-śledczych, brak, w tej sytuacji, odpowiedniej opieki dla dziecka, powoduje zatrzymanie przeżywania adekwatnych uczuć adaptacyjnych do utraty.

Praktyka pokazuje, że w obliczu utraty w traumatycznych okolicznościach czas pożegnania bliskiego i pogodzenia się z jego stratą trwa znacznie dłużej, czasem całe życie. Brak szybkiej bądź profesjonalnej pomocy często w traumatycznej żałobie może skutkować pojawieniem się psychopatologicznych objawów u dzieci w żałobie po bliskim.

Dziecko odrzucone

Odrzucenie bardzo często tworzy się na linii rodzice – dziecko. Każda forma odrzucenia dziecka przez rodziców ma wpływ nie tylko na jego wychowanie, ale również na poczucie wartości. Finałem takiego rozwoju sytuacji może być poczucie winy u dziecka.

Głównymi elementami powodującymi utworzenie się syndromu odrzucenia są:

- ⇒ nieokazywanie miłości;
- ⇒ porzucenie przez przynajmniej z jednego z rodziców
- ⇒ brak zainteresowania ze strony rodziców i najbliższego otoczenia;
- ⇒ nieliczenie się z potrzebami i problemami;
- ⇒ ignorowanie sukcesów;
- ⇒ znacznie częstsze krytykowanie, niż obdarzanie pochwałami;
- ⇒ nieokazywanie należnego szacunku



Uczucia związane z odrzuceniem rodzą gniew, a nawet wściekłość, które jednak zwykle nie są bezpośrednio wyrażone, gdyż wydaje się, że bez wątpienia prowadziłyby do kolejnych odrzuceń. W ten sposób lęk wzrasta, sprawiając, że osoba zaczyna potrzebować więcej akceptacji i więcej potwierdzenia, a w rezultacie jeszcze bardziej się wycofuje lub narzuca. **Błędne koło kręci się więc i kręci. Oznacza to, że te same mechanizmy, które stworzyliśmy w celu obrony samego siebie przed odrzuceniem, intensyfikują strach i odrzucenie.** Wraz z upływem czasu, liczne odrzucenia prowadzą od zniechęcenia do depresji¹⁶.

Jawne odrzucanie, a nawet wrogie do niego uczucia wyraża ją się w zaniedbywaniu dziecka, w braku podejmowania jakichkolwiek działań zbliżających dziecko i rodziców, a konsekwencja takiej postawy jest nieprawidłowy rozwój dziecka, występowanie u niego reakcji agresywnych czy nawet tendencji do działań przestępczych.

Dziecko nieprzywiązane

Skutki braku bezpiecznego przywiązania

- ⇒ zaburzenia rozwoju i zaburzenia zachowania np. nieprzystosowanie społeczne
- ⇒ działania dzieci w kierunku budowania pozornego poczucia bezpieczeństwa i ważności np. związki przemocowe
- ⇒ zastępcze formy odreagowania urazów i frustracji np. zachowania ryzykowne
- ⇒ nadużywanie środków psychoaktywnych, uzależnienia

Zaburzenia postraumatyczne u dzieci – źródła, modele diagnozy, wpływ zaburzeń na funkcjonowanie dziecka

Trauma jest doświadczeniem zdarzenia skrajnie urazowego.

Zjawisko potencjalnie urazowe (PTE) – jest to zdarzenie niezwykle oraz spostrzegane wprost jako niosące zagrożenie dla życia i ochrony siebie samego. Podczas zajścia takiego zdarzenia człowiek nosi w sobie przekonanie, że on sam lub ktoś mu bliski zmierza ku śmierci. Trauma dotyka wszystkich wymiarów człowieka: jego ciała, umysłu i ducha. Zdarzenie darzenie traumatyczne zachodzi na poziomie fizjologicznym, emocjonalnym i poznawczym, ma również głęboki wpływ na duchowość człowieka.

Źródła traumy dziecięcej:

Trauma interpersonalna

⇒ **Trauma w biskich relacjach**

- wczesnodziecięca trauma, teoria przywiązania Bowlby`ego jako teoria traumy

¹⁶ H. Norman -Wright, *Jak przetrwać zniechęcenie, odrzucenie i chandrę*, Tłum. Michał Pietras, Wydawnictwo WAM, Kraków 2002



- zespoły zaburzeń więzi
- chroniczne doświadczenie traumatyczne – zaniedbanie
- przemoc fizyczna i emocjonalna
- bycie świadkiem przemocy wobec osób znaczących
- psychopatologiczne zaburzenia u rodziców/opiekunów
- wykorzystanie seksualne
- alkoholizm lub inne uzależnienie w rodzinie
- traumatyczne utraty

⇒ **Trauma ze strony obcych**

- napaść, pobicie
- porwanie
- molestowanie, nadużycie seksualne
- gwałt
- przemoc rówieśnicza, doświadczanie bullingu
- inne niespodziewane, porażające, wywołujące wstrząs wydarzenia¹⁷.

Trauma powoduje istotne i trwale szkody w psychicznym i fizycznym rozwoju dziecka

- ⇒ utratę zdrowia i sprawności fizycznej, okaleczenie, niepełnosprawność
- ⇒ poczucie bezradności
- ⇒ utratę bezpieczeństwa
- ⇒ bezbronność
- ⇒ utratę panowania nad sytuacją
- ⇒ objawy zaburzeń psychopatologicznych
- ⇒ reaktywne zaburzenia przywiązania
- ⇒ problemy w kontaktach społecznych
- ⇒ kłopoty z nauką i zachowaniem
- ⇒ zachowania autodestrukcyjne
- ⇒ poważne trudności w funkcjonowaniu w życiu dorosłym
- ⇒ szansa na pozytywne zmiany na skutek negatywnego zdarzenia urazowego

Reakcja na stres traumatyczny, a wpływ czasu

- ⇒ Pierwsze 8 godzin do 2 dni naturalna reakcja – stres incydentu krytycznego
- ⇒ 2-30 dni – ostra reakcja na stres lub ostre zaburzenie stresu traumatycznego
- 1–3 miesiące, ostry zespół stresu pourazowego

¹⁷ *Materiały szkoleniowe. Szkolenie pt. Praca z dzieckiem po traumie, przebywającym w pieczy zastępczej*, ROPS, Kraków 2015.



- ⇒ Powyżej 3 miesięcy – przewlekły zespół stresu pourazowego
- ⇒ Pierwsze objawy po upływie 6 miesięcy – odroczonego zespołu stresu pourazowego

Zespół stresu pourazowego (Post Traumatic Stress Disorder) jest zaburzeniem lękowym powstającym na skutek doświadczenia jakiegoś traumatycznego wydarzenia. Chodzi o sytuacje ekstremalnie stresujące, nieprzewidziane, trudne i niecodzienne.

PTSD **utrzymywać może się przez tygodnie i miesiące**, a u niektórych, zwłaszcza tych pozbawionych pomocy i wsparcia, może powodować **trwale zmiany osobowości**.

kategorie symptomów występowania PTSD u dzieci:

- ponowne przeżywanie tragedii np. budzenie się w nocy z płaczem i palpacją serca,
- unikanie osób, obiektów i miejsc związanych ze zdarzeniem,
- permanentne, nadmierne rozdrażnienie i pobudzenie np. trudności z koncentracją, napady złości i agresji nieadekwatne do sytuacji,
- poczucie małej wartości, niska samoocena, zaburzenia lękowe i depresyjne - u dzieci starszych

Predyktory wystąpienia stresu pourazowego u dzieci:

- ⇒ większe ryzyko ujawnienia się objawów PTSD u dziecka występuje, gdy matka reaguje podobnymi objawami,
- ⇒ skłonność do wystąpienia objawów PTSD jest dziedziczna,
- ⇒ bycie świadkiem przemocy w domu najbardziej sprzyja wystąpieniu PTSD,
- ⇒ lękowe cechy osobowości sprzyjają wystąpieniu PTSD.

Czynnikami chroniącymi są: dobre funkcjonowanie rodziny, wyższy wskaźnik IQ i dobre zdrowie psychiczne matki.

Modele diagnozy

- wstępna, przesiewowa diagnoza,
- diagnoza operacyjna

Doraźna, selekcyjna diagnoza problemu dokonywana jest na podstawie:

- relacji (wywiad);
- wyglądu (obserwacja);
- zachowań (obserwacja, wywiad);
- charakteru zdarzenia (rodzaju, nasilenia, czasu trwania traury);
- przebiegu reakcji kryzysowej z uwzględnieniem: stanu somatycznego, zmian świadomości, zaburzeń motoryki, stanu emocjonalnego, sprawności, adekwatności procesów poznawczych;



- występowania dolegliwości psychofizycznych (objawy rozstroju organizmu, nadmierna potliwość, bóle, inne dolegliwości obserwowane lub deklarowane);
- występowania czynników determinujących przebieg reakcji kryzysowej (wiek, płeć, trzeźwość, status, tło społeczne, kulturowe, inne).

W diagnozie wykorzystuje się narzędzia do oceny selektywnej (TAS Triage Assessment System), typu TAF (Triage Assessment Form)¹⁸.

Do badania traumy u dzieci służy **Esseński Kwestionariusz Traumy dla dzieci i młodzieży (EKT-DM)**.

Znajdziemy w nim listę (18) obciążających zdarzeń, których diagnozowani mogą doświadczyć w swoim życiu oraz listę (27) problemów, które dotyczących po bardzo obciążających przeżyciach

W instrukcji EKT-DM czytamy:

Prosimy, zakreślić przy każdym z podanych zdarzeń, czy go doświadczyłeś/-aś (TAK) czy te żnie (NIE). Jeśli Twoja odpowiedź będzie brzmiała TAK, prosimy, żebyś zakreślił/-a, czy przeżyłeś/-łaś to wydarzenie osobiście czy jako obserwator. Jeśli doświadczyłeś/aś jakiegoś obciążającego zdarzenia zarówno osobiście, jak i jako obserwator, prosimy, żebyś zakreślił/-a obydwie odpowiedzi. Twoje odpowiedzi potraktowane zostaną całkowicie poufnie oraz podlegają tajemnicy lekarskiej.

Poniżej znajdziesz listę problemów, które dotyczą nieraz ludzi po bardzo obciążających przeżyciach. Prosimy, zapoznaj się dokładnie z każdym z podanych problemów. Wybierz tę odpowiedź (wcale, rzadko, często, bardzo często), która najlepiej opisuje, jak bardzo W OSTATNIM MIESIĄCU (tzn. w ciągu ostatnich czterech tygodni aż do dziś) dotyczył Ciebie ten problem. Pytania powinny odnosić się do Twojego najgorszego przeżycia.

Ograniczone w czasie działania mające na celu ocenę zagrożeń, jakie wiążą się z przeżytych urazem zmuszają do szybkiej oceny funkcjonowania osoby

Strategie diagnostyczne

- ocena ekspozycji traumatycznej
- rozpoznanie objawów PTSD
- diagnoza innych zaburzeń psychicznych
- diagnoza żałoby traumatycznej
- informacja zwrotna na temat diagnozy

Diagnoza żałoby traumatycznej

- traumatyczny charakter śmierci
- obecność objawów w związku ze śmiercią

¹⁸ J. Grodecka, R. Kałucka, K. Sarzała, A. Żukiewicz, *Standard interwencji kryzysowej*
http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/SIK_2601.pdf



- wpływ PTSD na przebieg żałoby

wpływ zaburzeń postraumatycznych na funkcjonowanie dziecka

Objawy pourazowe występujące u dzieci po doświadczeniu traumatycznym:

- ❖ **fizjologiczne reakcje** oparte są na biologicznych instynktach i pozostają zwykle poza kontrolą dziecka, charakteryzują się one odczuwaniem szoku, dezorientacji oraz porażenia. Jest to następstwem fizycznego pobudzenia uruchomionego przez instynkt.

Neurobiologiczne reakcje mózgowe spowodowały wyrzut hormonów tych informujących o zagrożeniu i tych mobilizujących do ochrony. Reakcje fizjologiczne są przyspieszone, po czym dochodzi do wyczerpania na skutek pozbywania się przez organizm zbędnych substancji rozchodzących się po ciele. Może dojść do wymiotów, defekacji. Percepcja zmysłowa jest zaburzona;

- ❖ **afektywne objawy pourazowe** to przede wszystkim lęk, depresja, gniew, dysregulacja emocji w zakresie zmienności nastrojów, jak również zmniejszona tolerancja w znoszeniu negatywnych stanów emocjonalnych, emocje jak na „diabelskim młynie”, trudności w przeżywaniu, uwalnianiu i odreagowaniu ich, ale także dzieci mogą odczuwać pustkę i nicłość emocjonalną;

- ❖ **behawioralne objawy pourazowe** powodują strategie na przetrwanie, zachowania mogą być automatyczne, często nie racjonalne w celu uniknięcia krzywdzenia nadmierny spokój lub płacz, izolowanie się, unikanie kontaktów rówieśniczych, odczuwanie bycia innym, zasługującym na krzywdzenie, może prowadzić do odrętwienia emocjonalnego, czy dysocjacji, zgeneralizowany lęk prowadzi do zachowań unikowych;

- ❖ **poznawcze objawy pourazowe** jako **pierwsze objawy reakcji pourazowej** to zwykle szok, niedowierzanie, zaprzeczenie traumatycznemu wydarzeniu, umysł próbuje ogarnąć wydarzenie i zinterpretować je. Następuje zniekształcenie rzeczywistości, ale także zniekształcone myślenie o sobie i innych. Jeśli dziecko w swoich przekonaniach nie wzięło odpowiedzialności za zranienie na siebie, a zatem nie czuje się winne, to odczucie wstydu i przekonania, że czymś zasłużyły na wyrządzoną krzywdę powoduje, że mogą rozumieć świat jako przewidywalny i sprawiedliwy;

- ❖ **złożony obraz PTSD** dotyczy powtarzających się i długotrwałych doświadczeń traumatyzujących i objawia się zmianami w zakresie regulacji procesów emocjonalnych i popędowych w tym między innymi tendencjami samo destrukcyjnymi, zachowań samobójczych, a także zmianami w zakresie procesów uwagi lub świadomości skutkującymi amnezjami i zwiewnymi epizodami dysocjacyjnymi i depersonalizacją. Występowaniem somatyzacji jak również zmian w zakresie spostrzegania samego siebie i sprawcy krzywdzenia, zmianami w relacji z innymi, w tym podatność na dalsze zranienia lub ranienie innych, konfliktowość. Następują również zmiany w systemie sensu i znaczenia wydarzenia urazowego, rozpacz i utrata nadziei.

- ❖ **psychobiologiczne następstwa urazu** powodują trwałe strukturalne zmiany i uszkodzenia w mózgu, co przekłada się na adaptacyjne funkcjonowanie dzieci i dalsze problemy rozwojowe w zakresie ich psychofizjologicznego funkcjonowania. Funkcje i struktura mózgu pozostaje



w zależności z przeżyciami, emocjami, myślami i zachowaniami dziecka. Jednocześnie aktualna wiedza na temat dynamiki fizycznej struktury mózgu w zależności od jego funkcjonowania w obliczu podwyższonego poziomu stresu traumatycznego, pozwala na sensowne stosowanie skutecznych tradycyjnych jak i nowych technik pomagania w sytuacji urazów psychicznych;

Tworzenie trwałych więzi na każdym etapie rozwoju dziecka wiek metrykalny a wiek emocjonalny

Budowanie pozytywnych więzi w procesie rozwoju emocjonalnego dziecka powinno się odbywać z zachowaniem zadań jakie ma do spełnienia rodzina przechodząc przez poszczególne fazy¹⁹.

Wiek metrykalny inaczej wiek kalendarzowy określa liczbę lat od czasu urodzenia.

Rozwój emocjonalny buduje poszczególne cechy przystosowawcze do życia społecznego kształtuje cechy będące nieodzownym elementem rozwoju każdego człowieka o kolejne etapy wzrostu emocji w poszczególnym stadium wiekowym, które powodują, że wewnętrzne i społeczne przystosowania, przechodzą na coraz to wyższe **poziomy**. **Rozwój emocjonalny decyduje o wieku emocjonalnym człowieka i nie pokrywa się z wiekiem metrykalnym.**

Jeżeli rozwój emocjonalny we wczesnych stadiach ontogenezy przebiega pomyślnie, można oczekiwać prawidłowego kształtowania się uczuć. Wszelkie zakłócenia rozwoju emocjonalnego we wczesnym dzieciństwie utrudniają, a niekiedy uniemożliwiają osiągnięcie dojrzałości emocjonalnej. Dzieci rodzą się z określonym zasobem wrodzonych reakcji i z możliwością rozwoju wielu innych zachowań. Zakres emocji rozszerza się w miarę dojrzewania dziecka i zależy od wpływów otoczenia.

System kształtowania się więzi i przywiązania w rozwoju emocjonalnym dziecka konstytuuje późniejsze funkcjonowanie człowieka we wszystkich sferach życia.

¹⁹ L. Sadowska, A. Gruna-Ożarowska, M. Skórczyńska, *Rozwój więzi między matką i dzieckiem od poczęcia*, [w:] L. Sadowska (red): *Wczesna diagnostyka i rehabilitacja dzieci ryzyka. Materiały pomocnicze z kursu doskonalącego w dziedzinie wspierania rozwoju dzieci ryzyka*, Wrocław 2005.



zadania rodziców w tworzeniu więzi od okresu niemowlęstwa do końca adolescencji

Wiek	zadania rodziców w tworzeniu więzi
wczesne dzieciństwo (do trzeciego roku życia)	<p>Kształtowanie więzi poprzez zaspokojenie <u>potrzeby bezpieczeństwa</u> (we wczesnych miesiącach życia, głównie matki). Dziecko doświadcza bezpieczeństwa, gdy matka zachowuje wrażliwość na sygnały dziecka, odpowiada na sygnalizowane przez nie potrzeby, szczególnie wtedy gdy oczekuje ono uspokojenia i komfortu.</p> <p>Dbałość o uporządkowany tryb życia (wytwarzający oczekiwania, które się spełniają i kształtują przekonanie, że to już było, to nam, to jest bezpieczne) oraz okazywanie dziecku miłości, na którą składa się troska, zrozumienie i uznanie świadomość, że dziecko „przejmuje” emocje w relacjach z matką i opiekunami. Uczy się poprzez obserwacje pewnych sposobów reagowania, wyrażania emocji (szczególnie tych negatywnych)</p> <p><u>Negatywnie</u> oddziałuje rozłąka z matką i najbliższą osobą oraz odczucie lęku</p>
wiek przedszkolny (od 4 do 6 lat)	<p>Kształtowanie relacji partnerstwa – dziecko coraz bardziej liczy się z potrzebami i planami rodzica, coraz lepiej rozumie motywy działania i uczucia opiekuna,</p> <p>Akceptacja osobowości rosnącego dziecka (jego indywidualności, własnych potrzeb, uczuć);</p> <p>Budować relację wzajemnego zaufania, przez powierzanie zadań i przywilejów stosownych do wieku</p> <p>Wprowadzenie dziecka do instytucji poza rodziną (przedszkole, szkoła, kościół, harcerstwo)</p>
młodszy wiek szkolny (od 7 do 10/12 lat)	<p>Pozwolić na powolne przejmowanie dziecka na siebie głównej odpowiedzialności za swoje bezpieczeństwo.</p> <p>Zachowania związane z przywiązaniem stają się coraz bardziej złożone, a ich celem jest w coraz mniejszym stopniu bezpośredni kontakt z postacią przywiązania.</p> <p>Wychowywać do wolności, samodzielności, odpowiedzialności.</p>
okres adolescencji	<p>Akceptacja okresu dorastania wraz z koniecznymi zmianami ról społecznych dzieci</p> <p>System przywiązania ulega w okresie dorastania wielu zasadniczym przemianom. Najważniejsze z nich dotyczą wyłonienia się zintegrowanego modelu przywiązania zmian w relacjach z rodzicami</p>



Następuje rozluźnienie więzi z rodzicami.

techniki i wskazówki wspomagające tworzenie więzi psychicznej

Więź emocjonalna z rodzicami jest najważniejszym czynnikiem chroniącym dzieci przed podejmowaniem zachowań ryzykownych. Jak wskazują liczne doświadczenia dorosłych i badania naukowe, nieistnienie lub zanikanie pozytywnych relacji między rodzicami a dziećmi ma poważny wpływ na późniejsze przyjmowanie przez młodych ludzi negatywnych postaw.

Warto wiedzieć:

- ⇒ Jakość relacji rodzic – dziecko decyduje o skuteczności oddziaływań wychowawczych, a w efekcie – sukcesie lub porażce rodziców w niwelowaniu problemów rodzinnych, nierzadko wynikających też ze stosowania nieprawidłowych metod reagowania na niepożądane zachowania dzieci.
- ⇒ Więź emocjonalna pozwala na osobową identyfikację dziecka z dorosłym, dzięki czemu może on modelować oczekiwane zachowania dziecka.
- ⇒ **Prawidłowa relacja między dorosłym a dzieckiem powinna łączyć w sobie dwa aspekty: miłość, akceptację, szacunek oraz granice, normy, wymagania.**
- ⇒ Jedynie prawidłowa jest postawa, którą cechuje miłość i akceptacja dziecka, która uzewnętrzniła jest poprzez wspólne z nim zabawy, pieszczoty, okazywanie autentycznego zainteresowania jego sprawom. Takie kontakty dają dziecku poczucie bezpieczeństwa i bliskich, serdecznych więzi rodzinnych.

By rodzina mogła prawidłowo funkcjonować warto pamiętać o:

- czasie poświęconym całej rodzinie, dzieciom, a także o wyłącznym czasie dla małżonka, o autentycznym byciu ze sobą, wspólnym wykonywaniu pewnych czynności, wspólnych posiłkach i rozmowach przy stole, pasjach, potrzebach, uczuciach,
- udzielanie sobie wsparcia, rozmowa o uczuciach, przeżyciach, dająca odczuć miłość i życzliwość do wszystkich,
- pielęgnowanie uczuć (takich jak miłość, przyjaźń) – pamięć o wspólnych uroczystościach, ciepłe słowa, wyrażanie słów uznania i komplementów,
- dobre relacje z babkami, dziadkami,
- budowaniu wzajemnego zaufania, przez powierzanie zadań i przywilejów stosownych do wieku dziecka,
- wychowaniu do wolności, samodzielności, odpowiedzialności – nie przez przymus, gwałtowność, groźby, wrzaski lecz jasne wyrażanie uczuć i oczekiwań, zauważanie uczuć



drugiej osoby, dawanie wyboru (w zależności od wieku, w rozsądnych granicach), stanowienie konsekwencji, udzielanie informacji, jako można naprawić wyrządzone zło, powierzanie zadań.²⁰

Warto by każdy rodzic sam zadał sobie pytanie – do czego wychowuję własne dzieci (na czym mi zależy, czego chciałbym je nauczyć i jakie wartości pragnę im przekazać) i wybrał do tego odpowiednie metody, pełne szacunku i bezwarunkowej miłości.

Rola profesjonalistów w kształtowaniu ufnego stylu przywiązania

Cechy pomagającego (profesjonalisty)

- ❖ dbałość o wysoką jakość i skuteczność świadczonych usług,
- ❖ kierowanie się zasadą dobra klientów,
- ❖ kierowanie się zasadą poszanowania godności uczestników,
- ❖ umiejętność współpracy z rodziną, instytucjami i organizacjami społecznymi,
- ❖ umiejętności z zakresu komunikacji interpersonalnej opartej na postawie szacunku, akceptacji, otwartości, elastyczności i umiejętności aktywnego słuchania.

narzędzia dobrego pomagania więzi rodzinnych (stylu przywiązania)²¹

Dobre pomaganie to efektywne pomaganie

Zasada: stosowanie narzędzi adekwatnie do aktualnie realizowanego etapu metodycznego działania.

W celu pedagogizacji warto wykorzystać gotowe narzędzia, np.

- ❖ charakterystykę postaw rodzicielskich wg. „Kwestionariusz dla Rodziców” M. Ziemskiej
- ❖ lub M. Braun-Gałkowskiej
- ❖ „Kwestionariusz Autopercepcji Wychowawcy”
- ❖ „Inwentarz Doświadczeń” Guryckiej do diagnozy błędów wychowawczych
- ❖ „Arkusze schematyczny do analizy warunków środowiska wychowawczego dzieci szkolnych” J. Pietera

²⁰ J. Pulikowski, *Jak budować więzi w rodzinie*, Wydawnictwo „Fides” 2013.

²¹ K. Kadela J. Kowalczyk, *Standardy pracy socjalnej*, Wyd. WRZOS, Warszawa 2014, s. 187-191.



- ❖ Kwestionariusz do analizy środowiska wychowawczego oraz do analizy stylu wychowania w rodzinie M. Rys²².

Jakość więzi dziecka z rodzicem mierzy się procedurą „obcej sytuacji”:

Narzędzie 1. Procedura „obcej sytuacji” polegająca na badaniu interakcji rodziców z dzieckiem za pomocą obserwacji dziecka przed rozdzieleniem z dzieckiem (niemowlęciem), w trakcie rozdzielenia i po ponownym połączeniu. O zaburzeniach w relacji rodzic -dziecko może świadczyć brak rozpacz dziecka w czasie rozdzielania go z rodzicem oraz pozostawienia go z obcą osobą, natomiast po ponownym połączeniu z rodzicem brak zainteresowania lub nawet niechęć wobec kontaktów z nim.

Pomocne są również:

Narzędzie nr 2. Procedura obejmująca ocenę relacji rodzic – dziecko w rodzinach wysokiego ryzyka

Ocena relacji rodzic – dziecko w rodzinach obejmuje sześć aspektów, w przypadku badania więzi są to:

ocenę wiedzy i stosunku opiekuna do wychowania dziecka (wygórowane oczekiwania; dzieje się to zazwyczaj dlatego, że dorosłym brakuje wiedzy i zrozumienia dla możliwości, zdolności, potrzeb dziecka, zbyt surowo jej oceniają i stosują karzące metody wychowawcze);

postrzeganie zachowań dziecka przez rodzica oraz zachowań rodziców przez dziecko (rodzice krzywdzący dzieci postrzegają je bardziej negatywnie, oceniają bardziej krytycznie zachowania dziecka jak i całą jego osobę niż rodzice niekrzywdzący – że jest trudne, wymagające, drażliwe, złośliwe, nieposłuchane);

emocje rodziców i ich relacje na stres (rodziców krzywdzących dzieci charakteryzuje podwyższony poziom pobudzenia w sytuacjach stresowych, odczuwają też dyskomfort, rozdrażnienie, pobudzenie emocjonalne w reakcji na płacz lub śmiech dziecka);

styl interakcji i wzajemnych zachowań rodzicowi dziecka (obopólny negatywizm, ambiwalencja ze strony dziecka – kocha, ale i nienawidzi rodzica).

jakość więzi dziecka z rodzicem (mierzy się wyżej opisaną procedurą „obcej sytuacji”);

jakość opieki rodzicielskiej – mierzony stylem sprawowania opieki przez rodziców (wrażliwość lub nadwrażliwość na sygnały i komunikaty od dziecka, akceptacja lub odrzucanie, współpraca lub przeszkadzanie – nie respektowanie autonomii dziecka, przystępność lub ignorowanie potrzeb dziecka przez rodzica zajętego własnymi sprawami).⁴¹

²² I. Krasiejko, *Narzędzia przydatne asystentowi rodziny w diagnozie pedagogicznej*, s. 15-16.

http://pimis.home.pl/kreator/data/documents/Narzedzia_ar_diagnoza.pdf szerzej: E. Jarosz, E. Wysocka, *Diagnoza psychopedagogiczna*, Wyd. Żak, Warszawa 2006.



Narzędzie nr 3. H.O.M.E. Inwentory (wersja dotycząca dzieci w wieku do 3 lat)

Narzędzie to składa się z 45 tzw. itemów. Dzięki nim badane są takie obszary jak: częstotliwość i stałość kontaktów z dorosłym, ilość stymulacji rozwojowej, zaspokajanie potrzeb, klimat emocjonalny, unikanie ograniczeń zachowań motorycznych i eksploracyjnych dziecka, dostosowane do zabawy materiały, zainteresowanie rodziców osiągnięciami dziecka. Ocena poszczególnych itemów opiera się głównie na obserwacji osoby badanej podczas wizyty, ale też na wywiadzie z matką (opiekunem). Każdy item ocenia się na tak lub nie, bez stopniowania. Procedura dokonania oceny to ok. godziny. Istotą badania jest przeprowadzenie obserwacji w najbardziej typowej sytuacji i najbardziej naturalnych warunkach, czyli asystent rodziny może jej dokonać podczas wizyty w domu klienta.

Np.

Emocjonalna i werbalna reaktywność matki (opiekuna).

1. Matka z własnej inicjatywy odzywa się do dziecka.
2. Matka odpowiada werbalnie na wokalizację dziecka.
3. Podczas wizyty matka podaje dziecku nazwę jakiegoś przedmiotu lub pouczającym tonem nazywa jakąś osobę lub rzecz.
4. Mowa matki jest wyraźna, dobitna, zrozumiała.
5. Matka inicjuje wymowę werbalną z obserwatorem – zadaje pytania, spontanicznie komentuje.
6. Matka wyraża swoje myśli swobodnie i łatwo, używa zdań o długości typowej dla rozmowy, np. nie ogranicza się do krótkich odpowiedzi (tak, nie, uhm).
7. Matka od czasu do czasu pozwala na upaść się dziecku przy zabawie.
8. Matka w czasie wizyty dwukrotnie spontanicznie chwali jakąś właściwość dziecka lub jego zachowanie.
9. Gdy matka mówi o dziecku lub do dziecka, jej głos wyraża pozytywne uczucia.
10. Matka co najmniej dwukrotnie w czasie wizyty pieści lub całuje dziecko.
11. Matka wyraża pozytywne reakcje emocjonalne, gdy obserwator chwali dziecko.

Czy kolejne:

Zaangażowanie matki w rozwój dziecka.

35. Matka stara się mieć dziecko w zasięgu wzroku i często na nie patrzy.
36. Matka rozmawia z dzieckiem w trakcie swoich zajęć.
37. Matka świadomie pobudza rozwój dziecka.
38. Matka docenia wartość rozwijających zabawek, zwracając na nie uwagę.
39. Matka organizuje czas zabawy dziecka.
40. Matka dostarcza dziecku zabawek, które stymulują rozwój nowych zdolności.

Narzędzie nr 4. Scenariusze rozmowy z rodzicami dotyczące oceny ryzyka wystąpienia przemocy w rodzinie

Przykładowe pytania do rodziców niemowlęcia oraz obserwacje ich zachowania obejmują następujące składniki: czy rodzice cieszą z obcowania z dzieckiem, czy utrzymują z dzieckiem bezpośredni kontakt wzrokowy, czy słowne komunikaty kierowane do dziecka lub uwagi na jego temat mają charakter krytyczny lub wskazujący na nieadekwatne oczekiwania i postrzeganie cech rozwojowych dziecka, twierdzenie, że dziecko celowo pobudziło pieluszkę lub płacze bez powodu, reakcje nadmiernego obrzydzenia przy zmianie pieluch, ignorowanie potrzeby karmienia lub postrzeganie dziecka jako zbyt wymagającego przy karmieniu, ignorowanie lub



nadmierna drażliwość, gdy dziecko płacze, wsparcie matki w pierwszych tygodniach po urodzeniu dziecka i reakcje pozostałych członków rodziny na noworodka, koncentracja uwagi na zaspokojeniu potrzeb dziecka w zestawieniu z zainteresowaniem własnymi potrzebami i oczekiwaniami, zainteresowanie i odpowiedzialność za dziecko w sytuacji zabiegów medycznych zrzucanie i odpowiedzialność za dziecko w sytuacjach zabiegów medycznych na personel medyczny²³.

Profesjonalna pomoc powinna zawierać się w:

- 1) **Działaniach terapeutycznych** – organizacji profesjonalnej, specjalistycznej pomocy w postaci terapeutycznych grup wsparcia lub indywidualnych konsultacji z udziałem psychologa, pedagoga lub logopedy.
- 2) **Pedagogizacji** – organizacji różnych rodzajów działań edukacyjnych, mających na celu rozpowszechnianie użytecznej, specjalistycznej wiedzy z zakresu wychowywania dzieci.
- 3) **Działaniach animacyjnych** – organizacji różnych rodzajów działań animacyjnych, mających na celu wspólne spędzanie wolnego czasu.

Pedagogizacja rodziców - jej zadaniem jest spowodowanie, aby kierowali się w wychowaniu wiedzą i umiejętnościami pedagogicznymi, a nie tylko intuicją i tradycją. Powinni być świadomi własnej roli rodzicielskiej, znać potrzeby dziecka, stawiać jasne cele wychowawcze, umiejętnie nagradzać i karać, interesować się sprawami dziecka i w prawidłowy sposób okazywać uczucia. Tak pojmowana pedagogizacja powinna dotyczyć przede wszystkim problematyki wychowawczej, ale także innych aspektów funkcjonowania rodziny, jak np. zagadnień prawnych, zdrowotnych czy społecznych.

Pedagogizacja rodziców jest to działalność zmierzająca do stałego wzbogacania posiadanej przez rodziców potocznej wiedzy pedagogicznej o elementy naukowej wiedzy o wychowaniu dzieci i młodzieży.

Celem pedagogizacji jest bezpośrednia i pośrednia pomoc rodzicom w ich oddziaływaniach wychowawczych dzięki podniesieniu stopnia ich refleksyjności, wzbogaceniu świadomości pedagogicznej i przez to poprawie funkcjonowania rodziny. Ważnym zadaniem pedagogizacji jest też kształcenie kultury pedagogicznej rodziców i innych osób zaangażowanych w proces wychowania²⁴.

Pedagogizacja jest ważnym czynnikiem korygowania negatywnych zachowań oraz uświadamiania rodzicom pewnych spraw związanych z wychowaniem. Powinna ona

²³ I. Krasiejko, *Narzędzia przydatne asystentowi rodziny w diagnozie pedagogicznej...*, s. 35-36.

²⁴ I. Fechner-Sędzicka, *Spotkania z rodzicami prowadzone metoda warsztatową*, Toruń 2002.



wskazywać na pojawiające się zagrożenia i związane z nimi skutki oraz wskazywać sposoby postępowania z dziećmi.

współpraca i konsultacje i grupy warsztatowe

Zasady współpracy z rodziną/opiekunami dziecka w kształtowaniu ufnego stylu przywiązania:

1. zbudowanie zaufania

Na początek dobrym krokiem w kierunku budowy wzajemnego zaufania są. **Zbudowanie dobrej relacji z rodziną jest kluczem do dalszej pracy z dzieckiem.**

2. pozyskanie informacji ważnych dla diagnozy sytuacji dziecka;

Wśród potencjalnych sposobów pozyskania informacji do diagnozy wymienia się: obserwację relacji rodzic – dziecko; wypełnienie wcześniej przygotowanego kwestionariusza; rozmowę o sytuacji życiowej dziecka i rodziny.

3. doskonalenie kompetencji wychowawczych rodziców/opiekunów oraz wspieranie rodzin w sprawach o kluczowym znaczeniu dla poprawy sytuacji dziecka;

- rozwijanie kompetencji wychowawczych może dokonywać się poprzez:
- organizowanie spotkań,
- warsztatów i konsultacji ze specjalistami,
- prowadzenie grup wsparcia,
- prowadzenie zajęć o charakterze szkoły dla rodziców
- w sposób mniej formalny np. podczas rozmów.

Ponadto pomocne w budowaniu pozytywnych więzi mogą być wszelkiego typu :

- szkoła dla rodziców w poradni;
- terapia rodzin, terapia małżeństw (praca nad problemami w porozumiewaniu się członków rodziny lub pary małżeńskiej, szukanie satysfakcjonujących każdego w rodzinie rozwiązań, przyglądanie się temu co przeżywają osoby w rodzinie, próba zrozumienia uczuć trudnych do zaakceptowania, wyrażenia);
- kursy, warsztaty, szkolenia z zakresu komunikacji, asertywności, negocjacji, rozwiązywania konfliktów
- konferencje dla rodziców, konferencje dla małżeństw nt. wychowywania dzieci w wartościach chrześcijańskich



- spotkania małżeńskie²⁵.

Kontakt z dzieckiem – budowanie przyjaznej relacji pomocy, wypracowanie wspomagających technik

Swobodny kontakt z dzieckiem oparty na zrównoważeniu uczuciowym rodziców i ich autonomii wewnętrznej jest fundamentem do powstawania prawidłowych postaw wobec dziecka, do których należą: akceptacja, współdziałanie, dawanie właściwej swobody, uznanie praw dziecka.

Praca z dzieckiem w wymaga znajomości:

- metod indywidualnej pracy z dzieckiem
- diagnozy dziecka
- socjoterapii
- treningu zastępowania agresji
- metod pracy z grupą
- diagnozy rodziny
- treningu umiejętności społecznych
- indywidualnego planu pracy
- komunikacji interpersonalnej
- pracy z ofiarami i sprawcami przemocy
- metod pracy ze środowiskiem lokalnym
- diagnozy grupy
- projektu socjalnego/ społecznego (tworzenie, realizacja, monitoring)
- metod pracy podwórkowej (street working)
- diagnozy społeczności lokalnej
- pracy z osobami uzależnionymi.

Pomoc w uzyskaniu profesjonalnej pomocy terapeutycznej

Konsultacje psychologiczno-pedagogiczne to spotkania dla każdego, kto potrzebuje znaleźć rozwiązanie w swojej trudnej sytuacji. Mają na celu poznanie sytuacji, problemu, udzielenie wsparcia i pokazanie możliwości oraz rozwiązań najbardziej potrzebnych.

Terapia zajęciowa - dziecko uczy się samodzielności, odporności na stres, umiejętności pracy w zespole a przy okazji poznaje ciekawe techniki plastyczne i rozwija się artystycznie .

Terapia dziecka (od 6 roku życia) poprzedzona diagnozą psychologiczną. Pomoc dla dziecka ofiary lub świadka przemocy, z zaburzeniami zachowania, dziecka nieśmiałego, dziecka w kryzysie (rozwód, żałoba, dojrzewanie).

²⁵ Tamże.



Trening pewności siebie - zajęcia dla dzieci w wieku 9-10 lat, które chcą być odważne, chcą wzmocnić poczucie własnej wartości, przełamać nieśmiałość, lepiej sobie radzić z sytuacjami stresowymi i trudnymi.

Psychoterapia indywidualna dla osób, które przeżywają kryzys, przeżywają skrajne emocje, czują się przygnębione, mają trudności w relacjach z innymi, mają trudności z podjęciem decyzji, odczuwają lęk, silne napięcie, pochodzą z rodzin, w których była przemoc.

Psychoterapia uzależnień skierowana jest do dzieci i młodzieży oraz do osób dorosłych uzależnionych, zagrożonych uzależnieniem, eksperymentującymi z narkotykami i okazjonalnymi użytkownikami substancji psychoaktywnych.

Bibliografia

Bowlby, J. *Przywiązanie*, tłumacz. M. Polaszewska-Nicke, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.

Fechner-Sędzicka I., *Spotkania z rodzicami prowadzone metoda warsztatową*, Toruń 2002.

Grodecka J., Kałucka R., Sarzała K., Żukiewicz A., *Standard interwencji kryzysowej*
http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/SIK_2601.pdf

Iniewicz G., Zaburzenia emocjonalne u dzieci i młodzieży z perspektywy teorii przywiązania, „Psychiatria Polska” 2008, nr 5.

Kadela K. Kowalczyk J., *Standardy pracy socjalnej*, Wyd. WRZOS, Warszawa 2014.

Krasiejko I., *Narzędzia przydatne asystentowi rodziny w diagnozie pedagogiczne*
http://pimis.home.pl/kreator/data/documents/Narzedzia_ar_diagnoza.pdf szerzej: E. Jarosz, E. Wysocka, *Diagnoza psychopedagogiczna*, Wyd. Żak, Warszawa 2006.

Krzywicka L., *Typ przywiązania i jego konsekwencje dla rozwoju dziecka*, Dziecko z Zespołem Zaburzenia Więzi, Szczecin 2008 Konferencja „Dziecko z Zespołem Zaburzenia Więzi” Szczecin 2008 www.teczaserc.pl

Marchwicki P., *Teoria przywiązania J. Bowlby’ego*, „Seminare. Poszukiwania naukowe 2006/23.

Materiały szkoleniowe. Szkolenie pt. Praca z dzieckiem po traumie, przebywającym w pieczy zastępczej, ROPS, Kraków 2015.



Norman-Wright H., *Jak przezwyciężyć zniechęcenie, odrzucenie i chandrę*, Tłum. Michał Pietras, Wydawnictwo WAM, Kraków 2002.

Nowak M. Gawęda A., Janas-Kozik M., *Prowokacja odrzucenia czy pragnienie bliskości? Znaczenie relacji rodzic zastępczy – dziecko dla niwelowania deficytów wynikających z diagnozy „zaburzenia więzi*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” 2011, nr 11(1).

Poradnik zastępczego rodzicielstwa. Dla rodziców zastępczych, kandydatów na rodziców zastępczych oraz osób i instytucji pracujących z rodzinami zastępczymi, ROPS, Kraków 2006, s. 18-19.

Pulikowski J., *Jak budować więzi w rodzinie*, Wydawnictwo „Fides” 2013.

Sadowska L, Gruna-Ożarowska A., Skórczyńska M., *Rozwój więzi między matką i dzieckiem od poczucia*, [w:] L. Sadowska (red), *Wczesna diagnostyka i rehabilitacja dzieci ryzyka. Materiały pomocnicze z kursu doskonalącego w dziedzinie wspierania rozwoju dzieci ryzyka*, Wrocław 2005.

Schaffer H. R., *Rozwój społeczny. Dzieciństwo i młodość*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006.

Senator D., *Główne tezy teorii przywiązania*, [w:] Tryjarska B (red.) *Bliskość w rodzinie*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2012

Wysock E., Ostafińska-Molik B., *Zaburzenia przystosowania młodzieży a style wychowania w rodzinie*, „Pedagogika Społeczna” 2015 nr 4 (58)

