



Rodzinne domy dziecka

– opieka, wychowanie, terapia

pod redakcją naukową **Leszka Drozdowskiego i Barbary Weigl**

Rodzinne domy dziecka

– opieka, wychowanie, terapia

PATRONAT HONOROWY



RZECZNIK PRAW DZIECKA

Rodzinne domy dziecka – opieka, wychowanie, terapia

redakcja naukowa: Barbara Weigl, Leszek Drozdowski

redakcja i korekta: Weronika Girys-Czagowiec

projekt okładki: Wiesław Nadrowski

© Fundacja ORLEN - DAR SERCA 2011

Wydanie I

Warszawa 2011

ISBN: 978-83-933308-0-5

skład i druk: AR-PRESS

www.arpress.waw.pl

Spis treści

Podziękowania	7
Przedmowa: Fundacja ORLEN – DAR SERCA dla Rodzinnych Domów Dziecka	9
Marek Michalak, Barbara Smolińska-Theiss <i>Słowo wstępne</i>	13
Leszek Drozdowski, Barbara Weigl <i>Podręcznik dla opiekunów. Wstęp</i>	17
Barbara Weigl <i>Osoby prowadzące rodzinny dom dziecka. Obciążenia i zasoby w pełnym cyklu życia</i>	21
Joanna Patrycja Rzepecka <i>Stawiając granice, nie ograniczasz miłości – tworzenie skutecznego systemu wychowawczego</i>	29
Renata Kałucka <i>Nowy dom, nowa rodzina – perspektywa relacji między dzieckiem a najbliższym otoczeniem w kontekście adaptacji w rodzinnym domu dziecka</i>	37
Grażyna Lewko <i>Obraz kliniczny dziecka trafiającego do różnych form opieki zastępczej</i> ..	67
Leszek Drozdowski <i>„T” Dziecko – dziecko z doświadczeniem kompleksowej traumy</i>	91
Leszek Drozdowski, Barbara Weigl <i>Pomyślmy o tym... Zakończenie</i>	143

Podziękowania

Bonum – est quod omnia appetunt
(Dobro – jest tym, czego wszyscy pragną)

Za niniejszą publikację dziękujemy wszystkim osobom, które przyczyniły się do jej powstania. W pierwszej kolejności podziękowania składamy na ręce Autorów i Redaktorów Naukowych książki, a więc **Pani Renaty Kałuckiej, Pani Grażyny Lewko, Pani Joanny Patrycji Rzepeckiej oraz Pana Leszka Drozdowskiego**. Szczególne podziękowania kierujemy do **Pani Profesor Barbary Weigl**, która kierowała Zespołem i koordynowała jego pracę. To Państwa zaangażowanie i praca z osobami prowadzącymi Rodzinne Domy Dziecka podczas ubiegłorocznych warsztatów szkoleniowych w Serocku stały się impulsem do podjęcia prac nad tym wydawnictwem.

Dziękujemy Recenzentom – **Pani Profesor Barbarze Smolińskiej-Theiss** oraz **Pani Henryce Krzywonos-Strycharskiej** za cenne i inspirujące do dalszej pracy opinie.

Wyrazy wdzięczności kierujemy do **Pana Ministra Marka Michałaka** – Rzecznika Praw Dziecka, za objęcie patronatem honorowym jubileuszu dziesięciolecia Fundacji ORLEN – DAR SERCA oraz za napisanie słowa wstępnego do niniejszej książki. Traktujemy to jako wyraz uznania dla naszych wielowymiarowych działań kierowanych do Rodzinnych Domów Dziecka.

Składamy podziękowania wszystkim osobom, które przez lata były zaangażowane w pracę Fundacji i wniosły ważny wkład w powstanie tej książki.

Serdeczne podziękowania kierujemy do Rady Fundacji z Przewodniczącym – **Profesorem Krzysztofem J. Kurzydłowskim**, zarówno za poparcie dla pomysłu wydania publikacji, jak i osobiste zaangażowanie w jej powstanie, a przede wszystkim za wspieranie Zarządu w podejmowaniu nowych wyzwań.

Na koniec dziękujemy Fundatorowi – Polskiemu Koncernowi Naftowemu ORLEN S.A. za zainicjowanie długofalowego programu pomocy dla dzieci i młodzieży pozbawionych możliwości wychowywania się w swoich naturalnych rodzinach. To właśnie dostrzeganie ich potrzeb i problemów doprowadziło dziesięć lat temu do powołania Fundacji ORLEN – DAR SERCA. Doświadczenia mijającej dekady potwierdzają, że PKN ORLEN S.A. podjął słuszną decyzję, by budować tzw. wartość dodaną poprzez niesienie pomocy najbardziej potrzebującym i ułatwianie młodym, zdolnym ludziom startu w dorosłe życie.

Życzymy zatem wszystkim – naszym obecnym i przyszłym partnerom, darczyńcom oraz beneficjentom, by przez kolejne dziesięciolecia Fundacja ORLEN – DAR SERCA coraz umiejętniej spełniała powierzone jej zadanie – działanie na rzecz dobra wspólnego.

Zarząd Fundacji ORLEN – DAR SERCA

Przedmowa

Fundacja ORLEN – DAR SERCA dla Rodzinnych Domów

Szanowni Państwo,

Fundacja ORLEN – DAR SERCA obchodzi w tym roku jubileusz dziesięciolecia swojej działalności. To dobry czas, by krótko podsumować nasze najważniejsze programy, choć naszym celem nie jest przedstawienie jakichkolwiek statystyk. Zależy nam natomiast, by zwrócić Państwa uwagę, jak wiele dobra dzieje się tam, dokąd kierujemy nasze zaangażowanie. Myślimy tu przede wszystkim o Rodzinnych Domach Dziecka, bo im w szczególności poświęca uwagę Fundacja.

Rodzinne Domy Dziecka są bowiem miejscem szczególnego rodzaju. Zgodnie z definicją to podlegające określonym zasadom tworzenia i funkcjonowania placówki rodzinne, które mają zapewnić dzieciom częściowo lub całkowicie pozbawionym opieki rodziców całodobową opiekę i wychowanie w warunkach zbliżonych do domu rodzinnego, do czasu powrotu dziecka do rodziny naturalnej, umieszczenia go w rodzinie adopcyjnej lub jego usamodzielnienia.

Kiedy jednak przyglądamy się bliżej życiu Rodzinnych Domów Dziecka, nawiązujemy relacje z prowadzącymi, poznajemy ich i słuchamy, z jaką radością i dumą mówią o swoich dzieciach, w końcu kiedy możemy być z nimi przy ważnych okazjach, dostrzegamy, że ich życie zdecydowanie bardziej przypomina wielodzietną rodzinę niż powołaną przepisami „rodzinną placówkę”.

Każdego roku Fundacja ORLEN – DAR SERCA podejmuje różnorakie działania, mające na celu wsparcie Rodzinnych Domów Dziecka. Z naszej opieki korzysta ok. 260 Rodzinnych Domów Dziecka z całej Polski. Na co dzień wspieramy je finansowo i rzeczowo: przekazujemy środki na doraźną pomoc, wyposażamy w karty paliwowe, dzięki czemu łatwiej jest zorganizować dojazdy do ośrodków zdrowia i szkół, czasem na zajęcia pozaszkolne. Organizujemy spotkania połączone z zabawami dla dzieci, w tym z najważniejszym w roku konkursem na kartkę świąteczną, która staje się oficjalną kartką używaną w PKN ORLEN S.A. Od kilku lat zapraszamy Rodzinne Domy Dziecka do udziału w wakacjach letnich, by i dzieci, i rodzice mogli nabrać sił przed kolejnym rokiem szkolnym. Przede wszystkim zaś staramy się pomagać prowadzącym w doskonaleniu umiejętności pracy z dziećmi, czemu służą organizowane przez Fundację warsztaty i seminaria, a wychowanków wspierać w budowaniu ich drogi życiowej. Co roku duża grupa dzieci i młodzieży korzysta z naszego programu stypendialnego, umożliwiającego im rozwijanie zainteresowań, pasji i talentów.

Na realizację tych celów przeznaczamy blisko połowę budżetu na działania statutowe Fundacji. Dodatkowe środki pozyskujemy w ramach akcji 1% podatku od osób fizycznych – korzystamy tu głównie z zaangażowania pracowników Grupy Kapitałowej ORLEN. Klienci stacji paliw PKN ORLEN S.A. mogą przekazywać swoje punkty VITAY Rodzinnym Domom Dziecka, dzięki czemu możemy przeznaczyć więcej pieniędzy na zakup przyborów szkolnych i opłacenie posiłków dla uczniów oraz dofinansowanie programu stypendialnego.

Naszą ambicją jest, aby współpraca z Rodzinnymi Domami Dziecka była coraz bardziej efektywna. Dlatego plany Fundacji obejmują inicjowanie działań, dzięki którym będziemy mogli lepiej odpowiadać na potrzeby rodziców i dzieci. Zapraszamy zatem wszystkich, którym bliska jest idea wychowania dzieci w atmosferze bezpieczeństwa i zaufania do dorosłych oraz wyrównywania szans młodych ludzi, pozbawionych naturalnej opieki rodzicielskiej, do dialogu z Fundacją ORLEN – DAR SERCA.

Wyrażamy też nadzieję, że książka, którą oddajemy w Państwa ręce, pomoże wielu osobom lepiej zrozumieć, jak wyjątkową i ważną, a dla wielu dzieci niezastąpioną misję podejmują Rodzinne Domy Dziecka. Widząc przez lata świetne efekty ich działania, możemy z przekonaniem stwierdzić, że jest to misja realizowana z sukcesem.

Dziękujemy im za to.

Zarząd Fundacji ORLEN – DAR SERCA

Słowo wstępne

Marek Michalak
Rzecznik Praw Dziecka

Barbara Smolińska-Theiss
Doradca Rzecznika Praw Dziecka

„Może się zdarzyć, że wobec kogoś nieskuteczne okażą się wszelkie poczynania opiekuńcze i edukacyjne. Dowodem tego są przypadki ludzi inteligentnych, którzy pragnęli wykształcić swoje dzieci i włożyli w to wiele wysiłku oraz ponieśli znaczne szkody, a mimo to nie osiągnęli zamierzonego celu” – pisał dziesięć wieków temu Szajch ar-Rei's Szaraf al-Mulk Abu Ali al-Husayn Ibn Abd Allah Ibn al-Hasan Ibn Ali Ibn Sina, znany w Europie jako Avicenna.

Stary arabsko-muzułmański mędrzec wiedział, że wychowanie uczy pokory. Nie ma złotych reguł, cudownych, niezawodnych rozwiązań i metod. Również dziś, po wielu wiekach, choć wiemy dużo więcej o dzieciach i rodzicach, ciągle zadajemy pytanie, jak wychowywać swoje i trochę mniej swoje, bo przyjęte na wychowanie dzieci. Trudno pokusić się o jednoznaczną odpowiedź.

Wychowanie jest służbą nieznanemu – pisała Helena Radlińska, twórczyni polskiej pedagogiki. Wychowanie jest praktyką społeczną zanurzoną w czasie i przestrzeni – przyjmujemy dzisiaj. Trzeba je zawsze odnosić do konkretnego miejsca i czasu. Nie można przenosić doświadczeń i praktyki wychowania amerykańskiego dziecka sukcesu, chińskiego dziecka pracy czy palestyńskiego dziecka wojownika na grunt polski. Dzieci całego świata mają równe prawa, ale różne warunki ich realizacji.

W każdej kulturze i w każdym czasie istnieje określony, społecznie przyjęty model dziecka i dzieciństwa. Ten model realizują zarówno rodzice, wychowawcy, nauczyciele, pracownicy socjalni, jak i Rzecznik Praw Dziecka. Jest on tym silniejszy, im bardziej dotyczy zinstytucjonalizowanych form wychowania. Administracja państwowa i lokalna

oraz władze oświatowe czynią wiele, aby ten najczęściej tradycyjny, konserwatywny model urzeczywistnić. Plany wychowawcze szkoły i misje oświatowe, a także standardy wychowania, procedury postępowania w placówkach wychowawczych, regulaminy, prawa pisane i niepisane służą realizacji tego modelu. To nie tylko polski problem. Edukacja, opieka i wychowanie w większości krajów demokratycznych dotknięte są dziś problemem biurokracji, przeregulowania różnymi aktami legislacyjnymi.

Dziecko powinno wpisać się w ten model, podporządkować się regulaminom i zarządzeniom, rozwijać się i zachowywać zgodnie z nimi, być grzeczne, słuchać rodziców i wychowawców, pilnie się uczyć, szanować dorosłych, kochać ojczyznę, nie pić, nie palić, być posłuszne.

Ale niestety takie nie jest!!!

Z takim problemem zgłosili się rodzice z rodzinnych domów dziecka uczestniczący w warsztatach psychoedukacyjnych organizowanych przez Fundację ORLEN – DAR SERCA. Czego możemy się spodziewać po naszych dzieciach? Dlaczego są one takie, jakie są? Jak je poznać, zrozumieć? Jak samemu znaleźć się wobec nich? Jak postępować, aby pomagać im i samemu nie zwariować? Takie pytania postawili psychologom dziecięcym i klinicznym, akademikom i praktykom. W rezultacie powstała niniejsza książka „Rodzinne domy dziecka – opieka, wychowanie, terapia”. Jest to swoisty podręcznik, poradnik dla rodziców-opiekunów podejmujących się opieki zastępczej.

Pod pojęciem „rodzinne domy dziecka” nie kryje się bynajmniej tradycyjnie rozumiana instytucja wychowawcza. Na próżno szukać w pracy danych o rodzinnych domach dziecka w Polsce, o ich podstawach prawnych, praktyce wychowawczej, finansach, sukcesach i porażkach. Rodzinny dom dziecka oznacza tutaj grupę społeczną, wspólnotę rodziców i dzieci, dom, przestrzeń spotkania, komunikacji i doświadczeń edukacyjnych.

Praktyka społeczna, a także różne kontakty Rzecznika Praw Dziecka z rodzinnymi domami pokazują, iż jest to często trudne środowisko, pełne napięć między rodzicami i dziećmi, niepowodzeń, wzajemnych rozczarowań. Oczekiwania rodziców i dzieci nie spełniają się tak łatwo.

Bywa, że odpowiedzią na otwarte serce, anielską cierpliwość i ogromny wysiłek rodzica jest agresja dziecka, wycofanie, obcość, kłopoty z prawem.

Redaktorzy poradnika „Rodzinne domy dziecka”, Leszek Drozdowski i Barbara Weigl, nie obiecują cudów, nie mają superskutecznymi metodami. Oferują tylko informacje, podstawy wiedzy, możliwość uczenia się i poznawania, co się dzieje z naszymi dziećmi, dlaczego tak się zachowują. Kluczem do zrozumienia tych problemów i zachowań jest psychologia. Ta oferta z jednej strony roztacza przed nami uroki amerykańskich doświadczeń i akademickiej perswazji opartej na naukowych podstawach, z drugiej zaś budzi niedosyt, pytania i wątpliwości europejskiej pedagogiki opartej na podstawach kulturowych i społeczno-politycznych.

Autorzy poradnika starają się przybliżyć kompleksowy, multidyscyplinarny model analizy zachowania i leczenia dziecka. Pokazują dziecko w jego naturalnym kontekście rodzinnym i społecznym. Koncentrują się przede wszystkim na emocjach dziecka i jego komunikacji. Szukają raczej jego zasobów, sił, *ressourcen* niż deficytów rozwojowych. Mówią raczej o wsparciu niż brakach rozwojowych, o *treatment* niż terapii. To ważne uwagi. Europejska pedagogika już wiele lat temu dokonała obrachunku z psychologicznymi trendami teapeutyzacji wychowania i z pedagogizacją terapii. Współcześnie pedagogika i psychologia w Europie zbliżyły się i spotkały na polu bezpośredniej praktyki, w której wspólnie ponoszą odpowiedzialność za diagnozę psychopedagogiczną i bezpośrednią pracę z dzieckiem.

Do rodzinnego domu dziecka trafia dziecko z określonymi problemami, z biografią odrzucenia i zaburzeń emocjonalnych. Jest to dziecko z doświadczeniem kompleksowej traumy. Klinicyści określają je terminem „T” Dziecko. Cechuje je niestabilność uczuciowa, zaburzenia w zakresie uwagi i zachowania, zespół stresu pourazowego, zaburzenia samooceny i relacji. Jak pokazują Autorzy, ma to swoje źródła w neurobiologii, w aktywności mózgu skierowanej na przetrwanie w dobrym samopoczuciu. Ten mózg musi się rozwijać według pewnych prawidłowych wzorów pobudzania i zamrażania, aktywacji i wycofania.

Autorzy poradnika ukazują to na wielu przykładach. Odstaniają pewne prawidłowości, tłumaczą, skąd się biorą uporczywe zachowania dzieci (szukanie ekstremalnych bodźców, autoagresja, wrzaski, kołysanie, kompulsywna masturbacja).

W jaki sposób ta publikacja może pomóc rodzicom w rodzinnych domach dziecka, którzy często nie znają psychologii, nie muszą wiele wiedzieć o roli hipokampu? Poradnik Leszka Drozdowskiego i Barbary Weigl uspokaja rodziców, pozwala im lepiej zrozumieć dziecko, przygotować się na jego trudne, nieczytelne, zaskakujące zachowania. Można powiedzieć, że w jakiejś mierze normalizuje on pracę wychowawczą rodziców zastępczych. Daje dzieciom z zaburzeniami rozwojowymi, z zaburzeniami zachowania prawo do bycia. Janusz Korczak powiedziałby w takim przypadku: prawo do bycia takimi, jakie są, i jednocześnie prawo do rozwoju, do szukania dróg łagodzenia trudnej sytuacji.

Rzecznikowi Praw Dziecka poradnik ten pokazuje również komplementarność praw dorosłych i dzieci. Wszelkie zaburzenia w rodzinnym domu dziecka dotyczą i dzieci, i rodziców, powodują koszty po obu stronach. Niepowodzenie dziecka, odrzucenie emocjonalne jest również porażką rodzica. Ochrony i wsparcia wymaga zarówno dorosły, jak i dziecko.

Podstawowym bowiem prawem dziecka jest prawo do rodziny – prawo fundamentalne i niezbywalne, które zawiesza wychowanków rodzinnych domów dziecka między własnymi rodzicami a rodzicami zastępczymi. Z jednej strony można powiedzieć, że w rodzinnych domach dziecka dzieci mają tych praw więcej. Z drugiej zaś, że zdecydowanie mniej.

Marek Michalak
Rzecznik Praw Dziecka

Barbara Smolińska-Theiss
Doradca Rzecznika Praw Dziecka

Podręcznik dla opiekunów

Leszek Drozdowski, Barbara Weigl

Wstęp

Rodzinny dom dziecka – spośród wszystkich form opieki zastępczej ta jest największym wyzwaniem.

Dlaczego tak uważamy?

Po pierwsze, z uwagi na obciążenia i zasoby całej rodziny. Ósmioro „trudnych dzieci” znajduje się najczęściej pod opieką dwojga opiekunów, którzy muszą spełniać dodatkowo szereg wymogów formalnych charakterystycznych dla opieki instytucjonalnej. Pisze o tym w swoim artykule profesor Barbara Weigl.

Po drugie, w jednym miejscu, będącym – jak podkreślają wszyscy nasi autorzy – jednocześnie domem i instytucją, spotykają się dzieci o niezwykle zróżnicowanych problemach. Dzieci biologiczne opiekunów, dzieci z rodzin, które znalazły się w przejściowym kryzysie, i wreszcie dzieci cierpiące na kompleksowe zaburzenia zarówno neurologiczne (np. FAS¹), jak i będące następstwem skrajnych zaniedbań i krzywdzenia zaburzenia posttraumatyczne.

Paradoksalnie, łatwiej byłoby stworzyć sprawny system terapii, opieki i wychowania dla dzieci jednolicie zaburzonych. Ale to też nie jest dobre rozwiązanie. Trzeba powiedzieć wprost – w obecnym kształcie prawnym i organizacyjnym prowadzenie RDD (rodzinnego domu dziecka) jest zadaniem ponad siły. A jednak jest ono wykonywane.

¹ FAS (ang.) – Fetal Alkohol Syndrom, Płodowy Zespół Alkoholowy – następstwo spożywania przez matkę alkoholu w trakcie ciąży.

Można przejść nad tym faktem do porządku i jedynie podziwiać opiekunów. Można jednak – i zdaniem wydawców i autorów tej książki należy tak uczynić – zrobić wiele, aby zadanie prowadzenia RDD było trudnym, odpowiedzialnym, ale wykonywanym bez nadmiernego heroizmu i naruszania własnych zasobów życiowych profesjonalnym wyzwaniem.

Najważniejszym kluczem jest zawsze **wiedza**. Na konferencji i warsztatach² w Serocku opiekunowie poprosili nas:

„Opowiedzcie, z jak trudnymi dziećmi mamy do czynienia, jak bezradny jest wobec nich cały system opieki (...). Zróbcie to tak jak w Serocku – w oparciu o swoje doświadczenia, ale i o najnowsze osiągnięcia nauki i doświadczenia kliniczne wiodących światowych ośrodków (...), wtedy będzie nam trochę łatwiej”.

Mamy nadzieję, że dobrze spełniliśmy tę prośbę.

Zespół, który pracował wspólnie z opiekunami, był zróżnicowany. Zróżnicowane (merytorycznie i formalnie) będą też teksty. Tak się zawsze dzieje przy pracy zespołowej. Rozmaitość podejść i doświadczeń traktujemy jako siłę, a nie słabość tekstu.

Rozdziały będą odzwierciedleniem naszych warsztatów. Będziemy stopniowo, krok po kroku przechodzić od reguł pracy wychowawczej, które z powodzeniem dadzą się zastosować u dzieci w niewielkim stopniu zaburzonych, poprzez zagadnienia trudniejsze, aż do problemów ekstremalnych, które tworzą obraz kliniczny dziecka z poważnymi zmianami rozwojowymi.

Chcielibyśmy uwypuklić jedną myśl, która być może towarzyszyć będzie czytającym tę książkę profesjonalistom, a mianowicie poczucie, że etykietujemy i „upośledzamy” dzieci z rodzinnych domów dziecka. Pragniemy rozwiązać tego rodzaju obawy. Przede wszystkim podobnie jak opiekunowie RDD doskonale znamy niezwykle zasoby tych dzieci.

² Serock 2010, Konferencja i warsztaty psychoedukacyjne dla opiekunów RDD, organizator: Fundacja ORLEN – DAR SERCA.

Wiemy również niemało o skutecznych modelach i metodach oddziaływań. Pragniemy się tą wiedzą podzielić. Chcemy się także domagać **stosowania** skutecznego profesjonalnego systemu diagnozy i wsparcia dla dzieci w RDD i dla całej sfery opieki zastępczej.

Zapraszamy do lektury!

Leszek Drozdowski

Barbara Weigl

Osoby prowadzące rodzinny dom dziecka.

Obciążenia i zasoby w pełnym cyklu życia

dr hab. Barbara Weigl

Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie

Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Wrocław

W życiu istnieje ciągłość

W życiu chodzi o coś ważnego

Świat da się zrozumieć i można przewidzieć, co będzie dalej

Istnieją ramy i struktury życiowe, w których mogą się odnaleźć

Mam mocne poczucie przynależności do swojego otoczenia

Aleksander Perski, 2002

Rodzice zastępczy i dzieci. Czy dobrze jest myśleć, że ktoś jest ważniejszy?

Niełatwo jest być rodzicem swoich własnych dzieci. Oprócz codziennych radości, nadziei i oczekiwań zdarzają się porażki, załamania, konflikty rodzinne.

Niełatwo być nauczycielem, wychowawcą, opiekunem. Obowiązki często przytłaczają, sukcesy zawodowe są niedoceniane, po kilku latach pracy pojawiają się symptomy wypalenia zawodowego, zmęczenie, złość, bezradność.

Rodzice – opiekunowie rodzinnych domów dziecka biorą na swoje barki obciążenie, wydawałoby się, ponad siły. Są **zastępczymi rodzicami**, którzy często związują się z dziećmi emocjonalnie; dzieci czasem chcą mówić do nich „mama”, „tata”, przedstawiać ich przed światem jako rodziców naturalnych. Są równocześnie **wychowawcami i opiekunami** grupy dzieci, nierzadko w różnym wieku, często trudnych, nieufnych, zaniedbanych edukacyjnie.

W takiej sytuacji łatwo pomieszać role zawodowe i rodzinne, łatwo zgubić właściwe proporcje pomiędzy byciem „mamą” czy „tata” a byciem zawodowym opiekunem, łatwo uwikłać się w skomplikowaną lojalność, łatwo nie zauważyć niespełnionych oczekiwań naturalnych córek, synów, własnej żony, męża, łatwo wreszcie zapomnieć o sobie, o swoich potrzebach, aspiracjach, przyjemnościach, zdrowiu, wypoczynku.

Spółecznym stereotypem, a często też wewnętrznym przymusem dorosłych odpowiedzialnych za dzieci, jest przekonanie, że **dziecko jest najważniejsze**. W przypadku rodzinnych domów dziecka teza ta nabiera jeszcze mocniejszego wydźwięku. Podkreślamy, że **dzieci są najważniejsze!**

Warto zauważyć, że jest to jednostronne widzenie sytuacji. Może ono prowadzić do wielu błędów i wtórnie, obrócić się przeciwko wychowankom i rodzinie.

Nie chodzi tylko o to, że stawiając dzieci w centrum życia rodziny, możemy wychować egocentryków i samolubów. Podopieczni rodzinnych domów dziecka zwykle przeżyli już dużo złego, znają groźny, wrogi świat i nie ma takiej ilości dobrych uczuć, która byłaby dla nich szkodliwa. Należy dać dzieciom tyle ciepła i czułości, ile tylko jest możliwe. Chodzi także o to, że opiekunowie – rodzice zastępczy **muszą dbać** o własną kondycję psychiczną i fizyczną, o własny komfort, satysfakcję i jakość życia.

To nie są nierealne marzenia. W tym zawodzie to konieczność!

Pracując w domu z grupą wychowanków, opiekunowie angażują swoją całą osobę – intelekt, emocje i ciało, angażują współmieszkańców, czas wolny normalnie przeznaczony na oderwanie się od życia zawodowego, na sen, odpoczynek, wyjazdy. Innymi słowy, **narzędziem** pracy rodzica-opiekuna jest **on sam/ona sama** (a także ich rodzina). Od jakości i kondycji tego **narzędzia** zależą efekty pracy, to znaczy – mówiąc górnolotnie i z pewną przesadą – dalsze losy życiowe powierzonych wychowanków, a z całą pewnością dalsze losy życiowe rodziców zastępczych i ich bliskich.

A zatem, w rodzinnych domach dziecka **najważniejsze są nie tylko dzieci**, lecz także kondycja psychiczna i fizyczna opiekunów, ich odporność na stres, wiedza i przygotowanie zawodowe, a także społeczne i profesjonalne wsparcie **zastępczych rodziców**.

Potrzeby psychiczne

Każdy z nas, by żyć, potrzebuje zaspokojenia podstawowych potrzeb biologicznych. Aby dobrze funkcjonować w świecie społecznym, skutecznie wypełniać zadania związane z wiekiem, rolą zawodową, oczekiwaniami innych ludzi, trzeba mieć zaspokojone potrzeby psychiczne. Które z nich są najbardziej istotne?

Potrzeba bezpieczeństwa – rozumiana nie tylko jako poczucie bezpieczeństwa fizycznego i społecznego, lecz także jako poczucie bycia akceptowanym i kochanym oraz świadomość, że można liczyć na pomoc bliskich. Najbliższy świat wokół człowieka powinien być przewidywalny i w miarę stabilny, a przyszłość – widziana jako dobra i powiązana z teraźniejszością. Ważne jest też, aby czuć, że przyszłość jest zależna głównie od nas samych, nie od przypadku, losu, niespodziewanych okoliczności.

Potrzeba własnej wartości – to aprobatą dla siebie samego, akceptacja własnych działań w rodzinie, życiu zawodowym, grupie społecznej czy towarzyskiej. Nie mam tu na myśli bezrefleksyjnego samouwielbienia i braku krytycyzmu, ale poczucie wiary w siebie, w swój intelekt, kompetencje, umiejętności. Świadomość własnych zalet, mocnych stron, osobistej siły pozwala być bardziej skutecznym w realizacji zadań (zwłaszcza trudnych). Z poczuciem wpływu na zdarzenia łatwiej jest przetrwać nieprzewidziane sytuacje i kryzysy.

Potrzeba autorytetu. Potrzeba pomocy w zrozumieniu świata i własnych doświadczeń – zarówno dzieci, jak i dorośli potrzebują innych ludzi, aby im pomogli zrozumieć i zinterpretować świat, przybliżyć przeżycia innych. Wszyscy potrzebujemy w swoim otoczeniu ludzi, którzy są drogowskazem życiowym, autorytetem, potrafią wytyczyć jasne granice, a jednocześnie mogą dać zrozumienie, bliskość i akceptację, nawet gdy ktoś postępuje niezgodnie z regułami.

Poczucie, że życie ma sens – jest to potrzeba ugruntowania się, zakotwiczenia w wartościach. Wyraża się w wierze, że warto jest żyć, że doświadczenia ludzi (nas i was, dzieci i dorosłych) są ciekawe, ważne i prawdziwe. Wiarę tę ludzie czerpią z różnych źródeł: z Boga, przyrody, sztuki, filozofii, rodziny. Niektórzy psychologowie nazywają ją „podstawowym zaufaniem”. Jest ona bazą, która pozwala człowiekowi podejmować nowe zadania i wyznaczać dalsze, odległe cele.

Opiekunowie w rodzinnych domach dziecka wiedzą dużo o potrzebach dzieci. Najczęściej starają się te potrzeby zaspokoić. Wkładają w to zadanie dużo wysiłku, emocji, pomysłów, energii. Koncentrują się głównie na wychowankach. Zapominają, że potrzeby psychiczne dotyczą też **dorosłych**, że ich zaspokojenie jest niezbędnym warunkiem satysfakcjonującego życia osobistego i dobrej pracy. Paradoksalnie, czasami nie dostrzegają też potrzeb swoich naturalnych córek i synów, współmałżonków, rodziny. Poczucie obowiązku, misji, konieczności sprawia, że utrudniają sobie i najbliższym zaspokojenie najważniejszych potrzeb psychicznych.

Osoby prowadzące rodzinne domy dziecka podejmują zadania w całej ich rozciągłości. Można spytać, jakim kosztem się to odbywa. Czy tak złożone role zawodowe i społeczne, które wiążą się z rodzicielstwem zastępczym, w polskich współczesnych warunkach prawno-ekonomicznych nie wyczerpują nadmiernie człowieka lub (co najmniej) nie obniżają jakości życia opiekunów?

Jakość życia, kilka definicji

Jakość życia bywa rozumiana jako brak obciążeń, trudności, dolegliwości. Ta definicja nijak się ma do sytuacji rodzinnych domów dziecka. Liczba obciążeń i trudności, jakich doznają opiekunowie w rodzinnych domach dziecka, przekracza ich typowy poziom w życiu przeciętnej rodziny.

Jakość życia wyraża się w posiadaniu niezbędnych zasobów umożliwiających zaspokojenie indywidualnych potrzeb i pragnień, wspieranie osobistego rozwoju oraz satysfakcjonujące jednostkę relacje ja – inni.

Powyższe określenie prawdopodobnie też wywoła uśmiech politowania na twarzach osób prowadzących rodzinne domy dziecka. O jakich zasobach tu mowa? Jakie indywidualne pragnienia mogą być zaspokajane, gdy pracuje się 24 godziny na dobę? Kiedy może być czas na osobisty rozwój, jeśli jest się skoncentrowanym na dawaniu opieki i wsparcia kilku potrzebującym młodym osobom?

Jakość życia to różnica między tym, co zostało osiągnięte i uzyskane, a tym, co według jednostki jest możliwe do osiągnięcia. Ta definicja skłania do głębszej refleksji. Wielu opiekunów rodzinnych domów dziecka, tak jak i wielu rodziców, nierzadko zadaje sobie pytania: „Czy osiągnąłem to, co w tych warunkach było możliwe?”, „Czy mogłam zrobić coś więcej?”. Jeśli odpowiedź na pierwsze pytanie jest pozytywna, a druga odpowiedź brzmi „raczej nie”, to znaczy, że wykorzystano szansę, która była do wykorzystania. Przyznajcie sobie Państwo satysfakcję tam, gdzie się Wam ona należy!

Jakość życia to satysfakcja osobista lub poczucie szczęścia w tych dziedzinach życia, które jednostka osobiście uznaje za ważne. Kontakty z osobami prowadzącymi rodzinne domy dziecka pokazały, że większość z nich wyboru swojej pracy dokonała świadomie. Co więcej, znając trud tej pracy, nie chciałyby zamienić jej na żadną inną. Satysfakcja i radość związana z kontaktem z dziećmi, z czynieniem dobra podnoszą jakość życia opiekunów.

Jakość życia to bogactwo przeżyć, celów życiowych, wysoki poziom świadomości i aktywności. Powyższe zdanie, cytowane z akademickiego czasopisma, pasuje niemal dokładnie do działalności i emocjonalności wielu rodzin zastępczych. Model pracy i świadomie wybrany styl życia przynoszą (mimo trudu i rozterek) wielkie bogactwo przeżyć, doświadczeń i emocji. Jakość życia, na poziomie duchowym i psychicznym, osiągnięta jest właśnie poprzez pracę.

Stres: zachwianie równowagi między obciążeniem a zasobami

Są ludzie, którzy potrafią działać sprawnie i skutecznie przy znacznym obciążeniu. Innym przeszkadza wielość zadań, presja czasowa, przymus. Kiedy pojawia się stres? W jakich okolicznościach dezorganizuje on działanie, zakłóca zdrowie, zaburza plany?

Stres jest to stan organizmu, w którym dochodzi do zachwiania równowagi między zasobami organizmu a obciążeniami, którym ten organizm jest poddany.

O obciążeniach wiemy prawie wszystko. Rozważmy, skąd biorą się zasoby psychiczne, jak można je uzupełniać.

Zasoby – na czym można polegać

Osobistymi zasobami psychicznymi są: wiedza, motywacja, empatia, dobra samoocena, wewnętrzne poczucie kontroli, adekwatny obraz świata i innych ludzi, umiejętność porozumiewania się, umiejętność organizowania zadań, optymistyczna wizja przyszłości, poczucie humoru, własne zdrowie, energia, wytrzymałość. Im więcej zasobów zdołamy zgromadzić (niektóre z nich wynikają z osobistego wyposażenia genetycznego), tym trudniejszych zadań możemy się podejmować, bez przeżywania stresu i załamań. Im mniej zasobów w danym okresie życia posiadamy, tym mniej obciążeń należy na siebie przyjmować. Najważniejsza jest równowaga! Długotrwałe zachwianie równowagi pomiędzy zasobami a obciążeniem MUSI wywołać kryzys i wyczerpanie.

Zasoby czerpane ze środowiska zewnętrznego w sposób istotny uzupełniają osobiste zasoby psychiczne jednostki. Czas na sen, odrębny czas na pracę, akceptujące otoczenie społeczne, korzystna sytuacja prawna, mieszkaniowa, materialna i finansowa, zdrowe jedzenie, przyjazne otoczenie przyrodnicze ułatwiają odbudowanie zasobów psychicznych jednostki. Niekorzystne wpływy zewnętrzne potrafią wyczerpać zasoby psychiczne.

Zasoby czerpane ze źródeł wsparcia są niezastąpionym magazynem siły w sytuacji przeciążenia. Najważniejszym, naturalnym źródłem wsparcia jest własna rodzina (współmałżonek, rodzeństwo, dzieci). Ważni są też sąsiedzi, nauczyciele, koledzy i przyjaciele, osoby duchowne, profesjonaliści, urzędnicy. W trudnej (zwłaszcza przewlekłej) sytuacji, gdy osobiste zasoby psychiczne są poważnie osłabione, konieczne należy korzystać z zewnętrznych źródeł wsparcia. Pamiętajmy jednak, że większą pomoc dostają ci, którzy potrafią o nią prosić. Nauczmy się zatem korzystać ze wsparcia i pomocy innych (a także dawać wsparcie) „na zapas”, wtedy gdy nie jest jeszcze bardzo źle. W sytuacji krytycznej zwracanie się o pomoc będzie znacznie trudniejsze.

Reakcje na stres – co się dzieje z organizmem?

Gdy organizm jest w stanie stresu (braku równowagi pomiędzy obciążeniem a zasobami), reaguje na kilku poziomach. Niektóre z reakcji człowiek może kontrolować, inne przejawiają się automatycznie i mimo wysiłków nie dadzą się opanować ani ukryć. Warto znać te sygnały zagrożenia. Gdy zaobserwujemy u siebie ich częste występowanie, należy poważnie rozważyć czasową zmianę stylu życia. W przeciwnym razie stres może doprowadzić do wypalenia zawodowego, zaburzeń psychosomatycznych, depresji.

Zamiast zakończenia, zdanie o nadziei... „Dla niektórych dzieci opieka w rodzinie zastępczej to tylko epizod. Dla wielu innych jest to długi proces, który może trwać wiele lat. Niezależnie od okoliczności, dzieci te potrzebują wsparcia, a ponad wszystko pomocy w znalezieniu sposobów na życie pełnią życia i rozwój z wykorzystaniem tkwiącego w nich potencjału.

Wychowywanie dzieci w rodzinach zastępczych może stać się wielkim wyzwaniem. Zawsze ma ono ogromne znaczenie. Rodzice zastępczy i inni dorośli mogą odegrać najważniejszą rolę w życiu dziecka. **Wiele dzieci rozkwita pod Waszą opieką...**”

Jennifer Wilgocki, Marcia Kahn Wright, 2002

Literatura:

Brzezińska A., 2005, *Spółeczna psychologia rozwoju*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.

Perski A., 2002, *Poradnik na czas przełomu. O stresie, wypaleniu oraz drogach powrotu do życia w równowadze*, Wydawnictwo Santorski i s-ka, Warszawa.

„Psychologia Jakości Życia” 2002, t. I, nr 1.

Wilgocki J., Wright M.K, 2002, *Czas niepewności. O dzieciach w rodzinach zastępczych*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.

Barbara Weigl – profesor psychologii w Akademii Pedagogiki Specjalnej i Szkole Wyższej Psychologii Społecznej. W latach 2002–2007 pełniła funkcję dyrektora Akademickiego Centrum Psychoterapii i Poradnictwa Psychologicznego SWPS. Tematem artykułu oraz wykładu na konferencji są zasoby psychiczne rodziców i opiekunów oraz konieczność ochrony i „odnawiania” tych zasobów.

Stawiając granice, nie ograniczasz miłości – tworzenie skutecznego systemu wychowawczego

Joanna Patrycja Rzepecka
Akademickie Centrum Terapeutyczne SWPS

Rodzinny dom dziecka... Niezależnie od tego, z jakiej perspektywy będziemy definiować rodzinne domy dziecka (RDD), czy jako wielodzietne, utworzone rodziny, czy jako placówki opiekuńczo-wychowawcze, jeden jest cel ich istnienia. Powstają i funkcjonują po to, aby opiekować się dziećmi i wychowywać je jak w naturalnej rodzinie, w poczuciu bezpieczeństwa, akceptacji, miłości i zaufania.

Przed rodzicami z rodzinnych domów dziecka stoi niemałe wyzwanie. Jak wszyscy rodzice mają oni za zadanie wychować dzieci – tyle że w ich przypadku jest to zadanie, którego podjęli się w ramach wykonywanego zawodu. Dodatkowo zakres i formę wychowywania powierzonych dzieci oraz opieki nad nimi wytyczają (czasem także ograniczają), oprócz osobistej wiedzy, zaangażowania i intuicji, również przepisy prawne i wymogi administracyjne.

Rodzicom zastępczym bezustannie towarzyszą pytania i wewnętrzne dylematy: „Jak się w tym zadaniu odnaleźć?”, „Jak znaleźć właściwy kierunek, styl wychowania?”, „Jak zapewnić dzieciom optymalną szansę rozwoju?”. Rozważaniom tym często towarzyszy emocjonalna pokusa, aby wynagrodzić przysposobionym dzieciom zło, które je spotkało w dotychczasowym życiu.

Czym jest dla Ciebie wychowanie?

Gdy wspólnie z rodzicami z rodzinnych domów dziecka analizowaliśmy problem: **Czym jest dla Ciebie wychowanie dziecka?**, odpowiedzi utworzyły długą listę (przedstawiam ją alfabetycznie):

Budowanie systemu wartości, ciągły proces, dawanie przykładu, doprowadzenie do samodzielności, do dorosłości, empatia, kierowanie, komunikacja, konsekwencja, kształcenie, kształtowanie postaw, modelowanie, normy i wartości – jasno określone, obowiązek, potrzeba serca, praca Syzyfa, proces, prowadzenie, przedsięwzięcie, przekazanie wzorców, wartości, przystosowanie do funkcjonowania w społeczeństwie, do odgrywania ról, relacje, rozwiązywanie problemów, rozwój, stawianie granic, system kar i nagród, towarzyszenie, uczenie dziecka, uczenie siebie samych, udoskonalanie, umożliwianie rozwoju, usamodzielnianie, więzi, wymaganie, wyposażanie, wyzwanie, zadanie, zakazy i nakazy, zapewnienie bezpieczeństwa, zapewnienie miłości, zasady, zaspokajanie instynktów, zaspokajanie potrzeb, zrozumienie.

Jak widać z powyższej listy, rodzice zastępczy rozumieją swoją misję (nie jest to przecież tylko lista zadań) niezwykle szeroko. Uwypuklają konieczność emocjonalnej relacji, empatycznego związku rodzic – dziecko, podkreślają konieczność jasnego systemu wzmacnień, poleceń i procedur; wiedzą, że proces wpływania na dziecko wymaga dłuższego czasu, świadomie werbalizują cel i oczekiwany efekt, do którego wspólnie będą dążyć.

Czy da się odtworzyć oczekiwania przysposobionych dzieci? **Czym dla nich jest wychowanie w rodzinnym domu dziecka?** Prawdopodobnie trudno byłoby stworzyć analogiczną do powyższej listę, przygotowaną z punktu widzenia wychowanków (choć może warto byłoby się podjąć takiego zadania!). Jednak posługując się wiedzą z zakresu psychologii rozwojowej i wiedzą dotyczącą terapii dzieci, można próbować odtworzyć ich potrzeby i oczekiwania.

Dzieci potrzebują zarówno miłości, akceptacji, szacunku, zrozumienia, czułości, uwagi, jak i jasnych, sprecyzowanych zasad i oczekiwań. Czytelny i jasny zestaw zakazów i praw pozwala dziecku bezpiecznie i spokojnie poruszać się w otaczającym świecie. System zasad, ustalony w każdej rodzinie, powinien odzwierciedlać normy społeczne, które określają, jak należy postępować, oraz istotne wartości.

Jeśli wyznaczone przez dorosłych granice są stałe – wyraźnie określone i konsekwentnie przestrzegane, zapewniamy dziecku nie tylko poczucie bezpieczeństwa, lecz także poczucie kompetencji, pewności co do podejmowanych decyzji i ich skutków. Uczymy świata, w którym

dorośli ustalają reguły i zasady. Jeśli dziecko „przejmuje kontrolę” nad opiekunami i skutecznie manipuluje ich działaniami, to zaburzony zostaje w ten sposób jego stabilny obraz świata. Dziecko odczuwa lęk i niepewność (bo jeśli to ono podporządkowało sobie dorosłych, kto będzie dbał o jego bezpieczeństwo?). W tym nieustającym oddziaływaniu, jakim jest wychowywanie dziecka, rodzice natrafiają na wiele **trudności** i problemów. W trakcie spotkań z rodzicami z rodzinnych domów dziecka stworzyliśmy listę problemowych obszarów, do których należą: opór dziecka, niechęć dziecka, deficyty, zaburzenia, choroby, wcześniejsze doświadczenia dziecka, stawianie granic, ustalanie zasad, egzekwowanie, brak konsekwencji, konflikt/niespójność dwóch systemów, brak motywacji, adekwatność kar i nagród, ustalenie co może być karą i nagrodą, brak komunikacji, manipulacja dziecka, własne możliwości, zasoby, emocje.

Analizując tę listę, doszliśmy wspólnie do wniosku, że stworzenie jasnego, spójnego zestawu zasad obowiązujących w danej rodzinie, domu rozwiązałoby wiele problemów z powyższej listy oraz ułatwiłoby radzenie sobie z nimi. Chodzi o skuteczny system zasad, z ustalonymi nagrodami, wzmacniającymi przestrzeganie przyjętych reguł i motywującymi do podejmowania wysiłku z tym związanego, oraz konsekwencji wskazujących, które zachowania są niepożądane.

Zasady

Dobra zasada charakteryzuje się kilkoma cechami:

- Obowiązuje wszystkich i jest przez wszystkich przestrzegana.
- Jest jednoznaczna.
- Jest precyzyjna – opisuje pożądane zachowanie.
- Jest pozytywnie skonstruowana – mówi, co należy robić, a nie czego nie robić.
- Jest egzekwowalna, czyli taka, do której przestrzegania jesteśmy w stanie doprowadzić.
- Najlepiej jeśli jest krótka, często przypominana, a zasad jest kilka.

Aby w rodzinie ustalić spójny system zasad, należy przede wszystkim odpowiedzieć sobie na pytania: „Co jest dla mnie/dla nas ważne?”, „Czego chcę/chcemy nauczyć swoje dzieci?”. Musimy skoncentrować

się na normach i wartościach, które **będą bliskie rodzicom i dla nich istotne**, bo to oni są odpowiedzialni za ich przekazywanie swoją własną postawą, przypominanie oraz konsekwentne egzekwowanie.

Dobrze skonstruowana zasada jest **pojemna**, czyli mieści w sobie wiele zachowań, wskazując przy tym, co należy robić. Najlepiej wyjaśnić to na przykładzie. Zasada „Jesteśmy dla siebie mili” zawiera w sobie takie pożądane zachowania, jak: używanie zwrotów grzecznościowych, stosowanie prośb, oferowanie i udzielanie pomocy, pytanie o pozwolenie, dzielenie się, okazywanie zainteresowania innym, mówienie komplementów i pochwał. Jednocześnie wyklucza wulgaryzmy, agresję słowną, przykre komentowanie wyglądu i zachowania innych osób, korzystanie z rzeczy bez pozwolenia, oszukiwanie. Ile odrębnych zasad trzeba byłoby utworzyć, żeby objąć te wszystkie zachowania i działania? A i tak zawsze znalazłoby się coś, czego jeszcze nie uwzględniliśmy na naszej długiej liście.

Nagrody

Najbardziej skutecznym sposobem wzmacniania pożądanych zachowań i zwiększania ich występowania jest **nagradzanie**. Skojarzenie przyjemności płynącej z otrzymania nagrody z dopiero co wykonaną czynnością lub przejawionym zachowaniem powoduje, że dziecko ma tendencję do powtarzania takiego działania. To, co od razu przychodzi wychowawcy do głowy, to nagrody rzeczowe, ale – wbrew pozorom – nie one są najskuteczniejsze. To, co zazwyczaj nie jest uznawane za nagrodę, a okazuje się bardziej skuteczne, to pochwała, uznanie, poświęcona uwaga czy przywileje, które dziecko może uzyskać za przestrzeganie zasad. Nagradzać należy za każdym razem, gdy wystąpi u dziecka pożądane zachowanie. Gdy już wiadomo, że nagroda ma silniejsze działanie niż kara i kiedy ją stosować, pozostaje pytanie, co może być nagrodą. Nagrodą dla dziecka, czy też tym, co oddziałuje jak nagroda, jest wiele rzeczy, które oferujemy mu na co dzień i traktujemy jako coś oczywistego. Wystarczy po prostu nadać tym sytuacjom, działaniom rangę nagrody.

Może to być wymieniana już pochwała (indywidualna lub na forum rodziny), dostrzeżenie i docenienie starań, obdarzenie uwagą, możliwość wykazania się, wspólne robienie czegoś, np. pieczenie ciasta,

prawo wyboru (rodzaju deseru, formy spędzenia czasu w weekend, filmu, który obejrzy cała rodzina), wyjście do kina lub do cukierni, dodatkowy czas na zabawę lub przy komputerze. Nagroda, oprócz sprawienia przyjemności, ma wiele oddziaływań – daje poczucie pewności, że postąpiło się we właściwy sposób, powoduje, że ma się ochotę następnym razem postąpić podobnie, podnosi poczucie własnej wartości, zadowolenia i kompetencji, motywuje do starania się, zmniejsza poczucie napięcia i podnosi zaufanie do samego siebie i swoich umiejętności.

W przypadku nagród rzeczowych trzeba zwrócić uwagę, aby były adekwatne – naturalne i proporcjonalne do włożonego w działanie wysiłku. Ważne jest też to, aby były dla dziecka interesujące, związane z tym, co dla niego ważne, ciekawe i upragnione. Nie wymagamy również od dziecka, aby dzieliło się swoją nagrodą, jeśli nie jest to jego własna decyzja.

Pochwała jest nagrodą niewymagającą ani nakładów finansowych, ani czasowych, ale by była skuteczna, warto pamiętać o kilku zasadach w jej stosowaniu.

Właściwa pochwała powinna być:

- natychmiastowa,
- adekwatna,
- szczerza,
- opisująca to, za co chwalimy,
- bez dodatkowych komentarzy.

Pochwała najlepiej spełnia swoją funkcję, jeśli jest udzielona za konkretne zachowanie, nazywa, wręcz opisuje to zachowanie. W skutecznej pochwalie dorosły opisuje, co widzi, lub opisuje zachowanie dziecka, np. „Plecak spakowany, biurko sprzątnięte, świetnie”, „Zapytałeś o pozwolenie, zanim włączyłeś telewizor, brawo”. Do pochwały dorosły może dodać, co czuje w związku z zachowaniem dziecka, np. „Powiedziałeś prawdę, bardzo mi się to podoba”, „Podzieliłeś się czekoladą, jestem z ciebie dumna”, lub podkreślić zachowanie jednym słowem, np. „Jesteś na czas, to się nazywa punktualność”, „Powiedziałeś, że będziesz na dziewiętnastą, jest dziewiętnasta, to się nazywa być słownym”.

Pochwała działa najsilniej, kiedy jest wypowiedziana natychmiast, gdy dorośli zauważą pozytywne zachowanie dziecka. Pozwala to na połączenie w umyśle dziecka danego zachowania z uczuciem przyjemności, jaką niesie za sobą pochwała. Ułatwia również uzasadnienie wysiłku, często dużego, jaki dziecko wkłada w postępowanie zgodne z zasadami, szczególnie jeśli ma być ono inne od tego, które prezentowało dotychczas. Pochwała motywuje do podejmowania starań, ponieważ dorośli je zauważa i docenia.

Pochwała, aby działała, musi być szczerą i adekwatną, pozbawioną aluzji, bez żadnych dodatkowych słów i komentarzy. Dorostym zdarza się, często w dobrej wierze, wtrącać docinki i sformułowania, typu: **jak chcesz to potrafisz** posprzątać, **wreszcie** zrobiłeś to ćwiczenie, **ty** razem zabrałeś buty na zmianę, wszystko przepisane, **ale** zobacz, ile błędów zrobiłeś, **zrobiłeś to prawie jak twój brat**, które osłabiają siłę działania pochwały.

Pochwała udzielona publicznie nie zawsze działa lepiej niż wypowiedziana w cztery oczy, zależy to od indywidualnych cech dziecka.

Konsekwencje

Nagradzanie jest przyjemne zarówno dla dorosłego, jak i dziecka, ale czasem nie wystarcza, aby wypracować z dzieckiem właściwe zachowanie i działanie. Wtedy pojawia się nielubiana przez wszystkich kara. Warto jednak zamiast tej nacechowanej negatywnymi skojarzeniami, wspomnieniami i odczuciami kary stosować konsekwencje. Czym różni się kara od konsekwencji?

Kara jest wymierzona pod wpływem silnych emocji dorosłego, w związku z tym często jest nieadekwatna, nieproporcjonalna do przewinienia i długotrwała. Niekiedy bywa też fizyczna. Jest objawem bezsilności, złości czy odreagowania trudnych emocji, przez co traci swój wychowawczy charakter. Przede wszystkim nie uczy dziecka przewidywania następstw swoich działań, ponieważ jest niezaplanowana i nieprzewidywalna w swojej formie. Kara ma w sobie element odrzucenia emocjonalnego, kiedy dziecko dostaje komunikat, że jest złe i nieposłuszne. Często powoduje, że dziecko czuje się upokorzone.

Konsekwencje są następstwem działania dziecka, pojawiają się jako skutek danego zachowania, są spodziewane i przewidywalne. Konsekwencja nie jest obciążona nadmiarem emocji dorosłego jako naturalny efekt określonego zachowania lub działania, jest zawsze taka sama i z góry możliwa do przewidzenia. Dla dziecka jest nieprzyjemna, ale nie narusza jego godności osobistej, ponieważ jej pojawienie się nie zależy od humoru rodzica, tylko od zachowania dziecka. Konsekwencja może się dziecku nie podobać, ale nie wywołuje buntu i złości, ponieważ jest proporcjonalna do przewinienia i stała.

Konsekwencja powinna być:

- związana z przewinieniem,
- natychmiastowa, pojawiająca się jak najszybciej po niepożądanym zachowaniu,
- adekwatna,
- możliwa do wyegzekwowania,
- bezwyjątkowa.

Konsekwencja powinna być jasna i najlepiej powiązana z przewinieniem. Wymierzona bez złości i obrażania się, wypowiedziana tonem stanowczym, ale nie agresywnym. Jeśli dorosły jest zezłoszczony, zdenerwowany, warto poczekać do momentu uspokojenia z wymierzeniem konsekwencji. Warto powiedzieć dziecku, jakiego zachowania oczekujemy. Skuteczna konsekwencja powinna mieć określony czas trwania i być wykonalna przez dziecko, a co najważniejsze, powinna być wyegzekwowana i doprowadzona do końca przez dorosłego.

Co może być konsekwencją? Konsekwencje wynikające z przewinienia – naprawienie wyrządzonej szkody, samodzielne pokrycie kosztów naprawy, przeproszenie osoby, której dziecko wyrządziło przykrość lub krzywdę, oraz zadośćuczynienie, odebranie na określony czas „narzędzia” szkody. Konsekwencje mają być dla dziecka dotkliwe, czyli powinny dotyczyć ważnych dla niego rzeczy lub angażować dużo jego czasu i wysiłku. Może to być wykonanie jakiegoś niezbyt atrakcyjnego dla dziecka zadania, odebranie przywileju, np. oglądania telewizji, gry na komputerze czy wyjść z kolegami, ograniczenie ilości czasu spędzonego na przyjemnej czynności. Przywileje warto odbierać

częściowo, zamiast wszystko na raz, żeby dziecko odczuło dyskomfort, ale nie poczuło się skrzywdzone. Poza tym dorosły musi mieć możliwość wyegzekwowania konsekwencji, co w przypadku długiego jej trwania może być trudne.

Podsumowując, system wychowawczy opiera się na wzajemnym zrozumieniu, okazywaniu uczuć i akceptacji, jak również na wyznaczonych normach, granicach i zwyczajach. Nagrody i pochwały są najbardziej optymalną i skuteczną metodą wychowawczą. Dzieci poznają granice swojego zachowania poprzez wskazywanie im, jakie zachowania są przez dorosłego akceptowane, a jakie nie. Pożądane zachowania są nagradzane, a za nieprzestrzeganie zasad ponosi się konsekwencje.

Ustalony, spójny system wychowawczy będzie skuteczny, jeśli będziemy konsekwentni w jego egzekwowaniu.

Literatura:

Faber A., Mazlish E., 2006, *Jak mówić, żeby dzieci nas słuchały, jak słuchać, żeby dzieci do nas mówiły*, Media Rodzina, Poznań.

Faber A., Mazlish E., 2006, *Jak mówić do nastolatków, żeby nas słuchały, jak słuchać, żeby z nami rozmawiały*, Media Rodzina, Poznań.

Joanna Patrycja Rzepecka – psycholog, terapeuta dziecięcy i rodzinny. Artykuł oraz warsztaty podczas konferencji mają przybliżyć opiekunom i rodzicom problematykę oddziaływań wychowawczych i warunków ich skuteczności.

Nowy dom, nowa rodzina – perspektywa relacji między dzieckiem a najbliższym otoczeniem w kontekście adaptacji w rodzinnym domu dziecka

Renata Kałucka
Psycholog dziecięcy, psychoterapeuta

Wstęp

Pisząc ten artykuł, kierowałam się dwoma głównymi celami. Jednym z nich jest chęć zwrócenia uwagi czytelnika na moment pojawienia się nowego dziecka w rodzinnym domu dziecka, niezwykle ważny zarówno dla niego, jak i dla placówki, będącej jednocześnie rodziną. Myślę, że można rozumieć go w kategoriach inwestycji, którą podejmują obie strony po to, aby w dobry, mądry i bezpieczny sposób móc dalej żyć razem. Przedstawię ten moment z perspektywy rozumienia psychologicznej sytuacji dziecka kierowanego do placówki oraz mechanizmów, które uruchamia ono, kiedy staje w obliczu takiej decyzji. Drugim celem jest ukazanie samego momentu wejścia nowego dziecka do rodziny i wczesnego etapu pracy opiekuńczo-wychowawczej z nim na płaszczyźnie działań, które nowi rodzice mogą podjąć, aby zapewnić i jemu, i sobie jak najłagodniejsze przejście przez ten czas.

Rodzinny dom dziecka to z jednej strony placówka zajmująca się opieką nad dziećmi, których życie nie oszczędza i które z różnych przyczyn nie mogą być wychowywane przez rodziców biologicznych. Z drugiej – rodzina, która przyjmuje dzieci do swojego domu, dzieląc się z nimi tym wszystkim, co ma najcenniejszego, a więc przyjazną atmosferą, tradycjami, ciepłem, szacunkiem do siebie nawzajem. Dla wielu dzieci pobyt w rodzinnym domu dziecka jest szansą na dobre, szczęśliwe dzieciństwo.

Zwykły dzień w rodzinnym domu dziecka wygląda mniej więcej tak samo jak poprzedni i następny. Każdy zajmuje się swoimi zajęciami, dzieci idą do przedszkola czy szkoły, rodzice pracują. Życie toczy się mniej lub bardziej stałym rytmem. Szczególną sytuacją, która wprowadza destabilizację tego ładu, jest przybycie nowego dziecka.

Niektóre kwestie opisywane w materiale można odnosić nie tylko do rodzinnych domów dziecka, lecz także do domów dziecka będących wyłącznie placówkami opiekuńczo-wychowawczymi.

Aby zachować anonimowość dzieci, których wypowiedzi przytaczam, zmieniono ich imiona.

Pobyt w rodzinnym domu dziecka jako przystanek na drodze życiowej dziecka

Dziecko, które trafia do zastępczej opieki rodzinnej, jest z różnych powodów wykluczone z systemu rodziny biologicznej. Rodzice nie są w stanie sprawować opieki, musi więc ono opuścić otoczenie, w którym wychowywało się do tej pory. Oznacza to rozłąkę z najbliższymi – matką, ojcem, rodzeństwem lub częścią rodzeństwa. Oczekiwaniem z punktu widzenia dobra dziecka jest jego powrót do rodziny biologicznej. Czasami jest to możliwe i wtedy pobyt w rodzinnym domu dziecka stanowi etap przejściowy. Rodzinie pierwotnej udaje się z powrotem przejąć opiekę nad dzieckiem. Są też takie sytuacje, kiedy dziecko pozostaje w placówce przez długie lata, bo niemożliwy jest jego powrót do własnego domu. Wtedy pobyt w rodzinnym domu dziecka staje się długo trwającym etapem w życiu dziecka. Czy ostatnim? Chciałoby się móc powiedzieć, że tak. Jednakże jest wiele dzieci, które wędrują od jednej placówki do drugiej, wielokrotnie zmieniając miejsce pobytu. Każda zmiana zmniejsza szansę na nawiązanie przez dziecko dobrej i bezpiecznej relacji z opiekunami.

Według prof. Bogusława Pawłowskiego, antropologa z UMK w Toruniu, dziecko jest w stanie przywiązać się do swoich opiekunów dwukrotnie. Za trzecim razem poziom rozczarowania i braku zaufania staje się tak wysoki, że traci ono możliwość nawiązywania głębszych relacji z dorosłymi. Zaczyna utwierdzać się w przekonaniu, że nie można

ufać innym, nie warto się angażować w relacje, bo i tak nadejdzie moment, kiedy znów będzie czuło się odrzucone i niepotrzebne. To z kolei prowadzi do coraz większych problemów z przełamywaniem barier, jakie dziecko buduje dookoła siebie, aby chronić się przed kolejnym cierpieniem.

Oznacza to, że decyzje o umieszczaniu dzieci w placówkach po zabraniu ich z domu rodziców biologicznych powinny być bardzo dokładnie przemyślane i podjęte w sposób odpowiedzialny. Nierzadko zdarza się, że rodzinny dom dziecka jest drugą lub kolejną placówką, do której trafia dziecko w swoim krótkim życiu. Opiekunowie stają wtedy przed bardzo trudnym zadaniem, aby pomóc mu w zaadaptowaniu się do nowego środowiska. Należy mieć na uwadze, że wcześniejsze doświadczenia dziecka naznaczone są wielokrotnym odrzuceniem.

Co zmienia się dla dziecka, kiedy dołącza do nowej rodziny?

Dla każdego człowieka zmiana jako taka jest sytuacją psychologicznie trudną, ponieważ wiąże się z mniejszą lub większą niepewnością co do tego, jak to będzie po zmianie. Nierzadko zdarza się, że moi pacjenci powstrzymują się od zmiany swojej sytuacji – życiowej, osobistej – ponieważ boją się tego, co będzie później. Tę aktualną znają i przystosowali się do niej. Nawet kiedy nie czują się szczęśliwi, wolą utrzymywać obecny stan. Okazuje się on bowiem łatwiejszy do zniesienia dzięki temu, że jest znajomy. Nie chcą natomiast dokonać zmiany, która niesie ze sobą stan niepewności, a czasem strachu o to, jak będzie potem. Dziecko, które zostaje zabrane z domu rodzinnego, także może bardzo przeżywać tę sytuację, zwłaszcza że zmianie podlega cały, albo prawie cały, jego dotychczasowy świat.

Myślę, że warto rozróżnić w tym miejscu dwie sytuacje. Jedna to taka, kiedy dziecko chce być zabrane z domu rodzinnego. Czasem tak się zdarza. Postrzega ono swoich biologicznych rodziców jako opresyjnych, zagrażających, nieakceptujących, niekochających, takich, którzy krzywdzą i nie dają mu nic dobrego. Wtedy przybycie do nowej rodziny jest łatwiejsze i sprzyja szybszemu i lepszemu zaadaptowaniu dziecka do nowego środowiska.

Sytuacja się komplikuje, kiedy dziecko nie chce opuszczać swojej biologicznej rodziny. Widzi jeszcze szansę na zmianę swojej niekorzystnej sytuacji albo jej jako takiej nie postrzega. Wiemy, że zdarza się tak dość często. Dziecko, które doświadcza różnych krzywd, zaniedbania, przemocy w swojej pierwotnej rodzinie, stosuje mechanizmy obronne, umożliwiające mu przetrwanie. Chcę tu przytoczyć przykładowo dwa z nich: idealizację rodziców i rozszczepienie. W pierwszym przypadku dziecko postrzega rodziców jako takich, którzy są wyłącznie dobrzy. Nie myśli o tym, że jednocześnie ci sami rodzice je krzywdzą. Obraz ten pozostaje idealny.

Przykład:

12-letni Patryk, wychowanek domu dziecka, zaniedbywany i pozostawiany na długie godziny bez żadnej opieki:

Domu dziecka nie lubię. Nie chcę tu być. Moi rodzice są dobrzy. Tata jest silny i umie naprawiać samochody. Mama robi mi kanapki, chodzi na zakupy. Jak przyjeżdżają do mnie w odwiedziny, przywożą mi cukierki i się śmiejemy. Jak długo nie przyjeżdżają, to pani Asia (wychowawca) dzwoni, żeby im przypomnieć i po jakimś czasie znów przyjeżdżają. Ostatnio byli w poprzednie Święta. Oni są dobrzy.

W drugim przypadku dziecko dokonuje podziału w postrzeganiu rodzica, który je krzywdzi. Z jednej strony widzi go jako swojego dobrego opiekuna. Dostrzega to, co jest w nim pozytywne. Z drugiej strony ma ono świadomość, że ten sam dobry rodzic robi mu krzywdę. Dziecko może o tym rozmawiać, ale nie łączy obu oblicz w osobę tego samego rodzica. Wówczas rozmowa o rodzicu przebiega tak, że dotyczy albo jego dobrej strony, albo krzywdzącej. Niemożliwe jest rozmawianie o tym, że ten sam rodzic, który był dobry dla dziecka w jednych sytuacjach, w innych je krzywdził.

Przykład:

12-letnia Ania, krzywdzona fizycznie przez matkę:

Przykład wypowiedzi o dobrej stronie rodzica krzywdzącego:

Kiedy moja mama wraca z pracy, jest zmęczona. Staram się, żeby wtedy nie mówić jej o zmartwieniach, bo i tak ma ich dużo. Mama jest dla mnie dobra.

Czasami pomaga mi w lekcjach. Wczoraj pomogła mi nauczyć się matematyki. Robiliśmy zadania.

Przykład wypowiedzi o złej stronie rodzica krzywdzącego:

Kiedy mama wraca z pracy, jest zmęczona. Niedawno mama oglądała film, żeby odpocząć, a ja powiedziałam jej, że znów dostałam jedynkę z matematyki. Wtedy najpierw wrzeszczała, że się nie uczę, że jej nie słucham, że się obijam, że jestem gamoniem. Tak się zdenerwowała, że zaczęła mnie bić po plecach. To było straszne. Potem powiedziała, że będzie uczyć mnie matematyki, żebym poprawiła oceny. Wczoraj odrabialiśmy razem lekcje z matematyki. Mama wytłumaczyła mi zadanie. Już to prawie rozumiałam, ale poprosiłam, żeby jeszcze raz mi powiedziała. Tak się zdenerwowała, że znów zaczęła mnie przezywać, że jestem gamoniem i nic nie umiem. Powiedziałam, że nie jestem gamoniem i to przeważyło, że znów mnie uderzyła, tylko tym razem w twarz za to, że jej pyskuję.

Kiedy mamy do czynienia z którymś z przytoczonych powyżej sposobów radzenia sobie przez dziecko z krzywdą, prawdopodobne jest, że nie będzie ono pogodzone z decyzją o opuszczeniu swojej podstawowej rodziny.

Odebranie dziecka w takiej sytuacji bywa dramatycznym przeżyciem zarówno dla dziecka, jak i jego biologicznych rodziców, a także osób, które będąc w swojej roli zawodowej, zadanie to realizują. Nie ułatwia to także, przynajmniej na początku, procesu adaptacji w nowej rodzinie.

Zabranie dziecka z rodziny biologicznej i umieszczenie w nowym miejscu, w rodzinnym domu dziecka, oznacza zmianę w następujących obszarach:

Ludzie

Przybycie dziecka do rodzinnego domu dziecka oznacza przede wszystkim spotkanie i konieczność znalezienia porozumienia z opiekunami. Ci nowi rodzice mają odtąd być dla dziecka przewodnikami, wskazywać mu, co jest dobre, a co złe, uczyć je, jak dalej żyć, w jaki sposób radzić sobie z różnymi mniej lub bardziej trudnymi sytuacjami, modelować jego funkcjonowanie. Nowymi ludźmi są także dzieci przez tę rodzinę już wychowywane – własne lub przysposobione. Dziecko

musi nawiązać relację na poziomie rówieśniczym. Ten poziom relacji w naturalny sposób wiąże się z rywalizacją o czas i uwagę rodziców. Warto również w tym miejscu wymienić osoby, które pojawiają się w nowym życiu dziecka w sposób pośredni, ale bywają ważnymi uczestnikami jego relacji społecznych. Mam tu na myśli dalszą rodzinę: babcie, dziadków, krewnych, którzy odtąd także powinni znaleźć miejsce na mapie nowych ludzi, tworzonej przez dziecko.

Miejsce

Tak jak każda przeprowadzka, przybycie dziecka do rodzinnego domu dziecka wiąże się z koniecznością odnalezienia się w nowym miejscu, nowym domu, nowym pokoju. Dziecko musi odnaleźć tu swoje miejsce, które będzie dla niego przyjazne i bezpieczne. Warto dać dziecku czas na przyzwyczajenie się do nowych dla niego czterech ścian, mebli, sprzętów.

Zasady funkcjonowania w nowym domu

Każda rodzina ma swoje zasady, według których postępują domownicy. Dotyczą one różnych sfer życia, np. utrzymywania porządku w miejscach wspólnych dla wszystkich (kuchnia, jadalnia) i tych, które są obszarem przypisanym do każdej z osób (pokój, własne biurko). Innym obszarem, który tu wymienię, jest wzór obowiązujących relacji między domownikami (np. zasada okazywania szacunku, pomagania sobie nawzajem, szanowania granic każdej z osób itd.).

Ten obszar zmiany, jakiej doświadcza dziecko, wchodzące do „nowego domu”, bywa szczególnie trudny do wdrożenia i zastosowania. Warto przytoczyć tu jedną z cech rodzin dysfunkcyjnych – problem z ustaleniem i przestrzeganiem zasad życia domowego. Dziecko w rodzinie dysfunkcyjnej doświadcza chaosu wynikającego z braku często podstawowych zasad porządkujących życie rodziny. Jeśli dziecko w swojej rodzinie biologicznej doświadczało dodatkowo przemocy, może mieć duże trudności z przestrzeganiem zasady szanowania swoich granic, szanowania ludzi, samego siebie itd.

Obyczaje, tradycje

Ta sfera życia jest dla dziecka często całkowicie lub w jakimś stopniu nowym doświadczeniem. Musi się ono wdrożyć w uczestniczenie w wydarzeniach rodziny, które budują jej spójność i tożsamość. Oznacza to w praktyce np. zupełnie inne niż do tej pory świętowanie urodzin dziecka. Nierzadko urodziny obchodzone w nowej rodzinie są w ogóle pierwszym takim wydarzeniem w jego życiu. Zmiana w odniesieniu do obyczajów i tradycji dotyczy także spędzania czasu wszelkich świąt i innych ważnych dla rodziny dni.

Szkoła

Czasem zmiana miejsca zamieszkania dziecka oznacza jednocześnie zmianę szkoły czy przedszkola, do którego wcześniej chodziło. Im jest ono starsze, tym trudniej może przebiegać proces adaptacji. Dziecko stoi przed zadaniem odnalezienia się zarówno w relacji z nauczycielami, wychowawcami, jak i innymi dziećmi w grupie.

Co pozostaje niezmiennie dla dziecka, kiedy dołącza do nowej rodziny?

Opuszczając dom rodzinny, dziecko zostawia dużą część swojego życia za tamtymi drzwiami i otwiera się na to, co niesie jutro. Myślę, że warto zatrzymać się nad tym, co dziecko zabiera ze sobą jako pewną stałość z dotychczasowego życia. Wszystkie wymienione poniżej elementy dziecko wnosi do nowej rodziny jako coś własnego, odrębnego, osobistego, a zarazem coś, co bywa zadziwiająco różne od doświadczeń nowych opiekunów i przez to wywołuje wiele trudnych emocji.

Historia: wspomnienia, doświadczenia

To, co dziecko dotąd przeżyło, pozostaje jego własnym doświadczeniem. Stanowi jego historię, która doprowadziła je do tego momentu w życiu, w którym znajduje się teraz. Ma ono prawo do wspomnień, zarówno tych dobrych, jak i tych złych. Wszystkie one są szczególnie ważne,

ponieważ pomagają dziecku odnaleźć się w pierwszym okresie adaptacji w nowym domu. Dają mu oparcie oraz siłę i stanowią fundament, na którym dziecko buduje dalsze swoje życie w nowej rodzinie. Wszystko to, co przywołuje złe wspomnienia, negatywne skojarzenia, także stanowi o odrębności dziecka. Bywa czasem przyczyną jego trudności emocjonalnych, które – jeśli dziecko nie otrzyma pomocy specjalistycznej – mogą wpływać negatywnie na kształtowanie się relacji z innymi osobami w nowej rodzinie.

Rodzice biologiczni

Dziecko wnosi do nowego życia osoby swoich biologicznych rodziców albo w postaci realnie istniejących osób, które mogą dziecko odwiedzać, kontaktować się z nim, albo w postaci wspomnień i wyobrażeń, które funkcjonują w jego życiu psychicznym wtedy, kiedy realnie nie są oni obecni, bo np. nie żyją lub nie zajmują się dzieckiem. W związku z tym dziecko może przeżywać różne, czasem trudne uczucia, co z kolei rzutuje na jego aktualne zachowania i relacje z otoczeniem. Dziecko zdaje sobie sprawę z tego, że z jego rodzicami biologicznymi nie wszystko było w porządku, skoro nie byli w stanie się nim zajmować. Mimo że nie zawsze o tym rozmawia, istnieje duże prawdopodobieństwo, że może przeżywać któryś z wymienionych poniżej stanów:

- **Tęsknota za rodziną biologiczną**

Dziecko ma pełne prawo tęsknić za swoimi biologicznymi rodzicami nawet wtedy, kiedy byli dla niego źli i okrutni i krzywdzili je. Osobom postronnym może być trudno to zrozumieć, jednakże zaakceptowanie tego pierwotnego dążenia do przebywania z ludźmi, którzy zajmowali się nim wcześniej, pozwoli i dziecku, i jego nowym opiekunom łatwiej ten stan znieść. W czasie rozmów z rodzicami – opiekunami z rodzinnych domów dziecka wielokrotnie słyszałam o tym, że zdarza się, iż dziecko okazuje więcej troski i pozytywnego myślenia rodzicom biologicznym, którzy wcale nie byli dla niego dobrzy, niż im – opiekunom z RDD, którzy robią wszystko, co mogą, są oddani i zaangażowani w jego wychowanie. Jest to trudna sytuacja, wymagająca od dorosłych

mądrości i dystansu do własnej osoby. Lepiej zaakceptować taki stan, niż walczyć z nim. Nie jest możliwe zmienianie tego, co dziecko czuje. Jeśli mówi, że tęskni, to niech tęskni. Pocieszeniem może być to, że wiele dzieci docenia wysiłki opiekunów dopiero po jakimś czasie, kiedy są gotowe na to, aby zrobić w sercu miejsce dla nich obok rodziców biologicznych.

- **Przeżywanie straty wywołanej nieobecnością rodzica w życiu dziecka**

Nie każde dziecko łatwo przechodzi do porządku nad tym, że rodzica biologicznego nie ma. Niezależnie od tego, czy mamy do czynienia z sytuacją, kiedy rodzic nie żyje, czy z taką, kiedy nie kontaktuje się z dzieckiem, w naturalny sposób doświadczają ono przykrych uczuć związanych z utratą kogoś ważnego. Złość, wściekłość, bezradność mogą mieć takie nasilenie, że przejawiają się w jego zachowaniach. Często rozmawiam z wychowawcami z domów dziecka. Za zgłoszeniem, że dziecko jest nadpobudliwe, agresywne, mściwe, pogardliwe wielokrotnie stoją ich wątpliwości co do tego, czy dobrze sprawują opiekę, czy dobrze wywiązują się ze swoich zadań wychowawczych. Są skłonni przypisywać sobie winę, zapominając, że dzieci pozbawione na stałe lub w długim okresie kontaktu z rodzicem biologicznym mogą przeżywać stratę psychologiczną, która manifestuje się w taki sposób.

- **Poczucie odrzucenia przez biologicznych rodziców**

Nierzadko zdarza się, że w przeżyciu dziecka jedną z istotniejszych kwestii jest subiektywne poczucie odrzucenia przez rodziców biologicznych. Ma ono przekonanie, że rodzice go nie chcą, nie ma dla niego miejsca w ich życiu. Czują się niepotrzebne i niekochane. Ów stan rodzi wiele przykrych uczuć, takich jak gniew, wściekłość czy żal, a dodatkowo uczy je, aby nie ufać dorosłym. Lepiej nie angażować się za bardzo w nowe relacje, ponieważ znów można zostać odrzuconym, tak jak to było już wcześniej. Takie myślenie u dziecka powoduje zamykanie się, dystansowanie, izolowanie od nowo poznanych osób, wchodzenie w relacje w sposób powierzchowny, nie do końca szczerze i głęboko.

- **Wstyd przed nowymi rodzicami i rodzeństwem oraz odpowiedzialność za rodziców biologicznych**

Rodzice biologiczni dziecka, którzy nie wywiązali się ze swojej najważniejszej roli, nie zawsze stanowią powód do dumy. Często są oni dla dziecka źródłem wstydu przed innymi. Dziecko bywa zażenowane zachowaniem rodziców lub ich postawą. Bierze odpowiedzialność za ich wcześniejsze zachowania, szczególnie wtedy, kiedy były one krzywdzące, powodowały u niego strach i przerażenie. Dlatego jest mu bardzo trudno mówić o złych doświadczeniach, o cierpieniu, którego doznało od rodzica. Wielu opiekunów obserwuje w codziennym kontakcie z dzieckiem ogromne obciążenie emocjonalne. Widać, że dziecko ma jakiś problem, który niepokoi, martwi dorosłego, ale nie można o tym porozmawiać, bo dziecko unika tego tematu.

Przykład

10-letni Piotruś:

W tamtej rodzinie mam ciocię Hanię, która mnie do siebie zabrała, i babcię. Mam też ciocię Ewę, która jest moją mamą. Mieszkałem z nią, jak chodziłem do przedszkola i na początku szkoły. Nie było mi tam dobrze. Mama piła piwo i były imprezy u nas. Wolałbym o tym nie rozmawiać i wolałbym mówić o niej ciocia.

- **Strach przed wszystkimi złymi sytuacjami, które dziecko pamięta z wcześniejszego życia**

Każdy ma jakieś wspomnienia, które przywodzą na myśl sytuacje zagrażające, nieprzyjemne, i wolałby, aby nigdy więcej się one nie powtórzyły. Szczególnie wtedy, kiedy wobec dziecka stosowana była przemoc, boi się ono, aby nie powróciły tamte przeżycia. Nawet jeśli wie, że nie jest realne, by tak się stało, to jednak wszystko, co jest w jakiś sposób podobne, co kojarzy mu się z krzywdzeniem, wywołuje u niego lęk. Bardzo charakterystycznym, choć niezwykle przejmującym przykładem takiej reakcji jest odruch zasłaniania ręką twarzy, kiedy ktoś podchodzi zbyt blisko do dziecka, które wcześniej było bite.

Wszystko co dobre, wszystko co złe

Przyjmując nowe dziecko do rodziny, musimy zdawać sobie sprawę, że jest ono z nami całe, tzn. ma w sobie wszystkie cechy, doświadczenia, wspomnienia, nastawienia, zarówno te dobre, jak i te złe. Dostrzegając dobrą stronę dziecka, poznajemy to, na czym możemy budować dalej jego świat. Odnajdujemy klucz do współpracy z nim nawet w trudnych momentach. Wyznaczamy bazę, do której odwołujemy się w procesie wychowawczym. Zapoznając się z negatywną stroną dziecka, którą ma jak każde, podobnie jak tę dobrą, uświadamiamy sobie jego ograniczenia. Możemy w ten sposób dostosować swoje oczekiwania i wymagania do jego możliwości. Wiadomo, że im więcej jest ograniczeń, tym mniejszych efektów możemy się spodziewać i tym mniej sukcesów może osiągnąć dziecko. Szczególnie zależy mi na tym, aby czytelnik dostrzegał ograniczenia u dzieci nie po to, aby zrezygnować z wysiłków i pracy wychowawczej, lecz po to, aby realistycznie oceniać ich możliwości (zdrowotne, intelektualne) i na bazie tej wiedzy pracować z nimi wychowawczo.

Używając określenia „wszystko co dobre”, mam na myśli takie elementy, jak:

Motywacja wynikająca z potrzeby przynależności

Każde dziecko chce przynależeć do jakiejś określonej grupy. Podstawową grupę stanowi dla niego rodzina. Jest ono w stanie włożyć dużo wysiłku, aby mieć poczucie, że jest tu dla niego miejsce, że może znaleźć tu bezpieczeństwo i akceptację. Rodzice wychowujący przybrane dzieci mówią, że bywają wśród nich takie, szczególnie starsze, które nie wykazują takiej potrzeby. Zachowują się tak, jakby negowały lub odrzucały wszystko, co oznacza przynależność do rodziny. Jeśli tak się zdarza, warto szukać rozumienia tych zachowań w kategoriach mechanizmów obronnych. Prawdopodobne jest, że to negowanie lub odrzucanie przynależności do rodziny potrzebne jest dziecku, aby uniknąć rozczarowania związanego z nieudaną adaptacją w nowej rodzinie. Takie mechanizmy występują u dzieci, które wcześniej doświadczyły wykluczenia lub wprost odrzucenia z grupy rodzinnej i którym nadal towarzyszy związany z tym lęk. W ich rozumieniu lepiej jest nie przynależeć do rodziny, niż najpierw być w niej, a potem zostać z niej usuniętym – tak jak to się stało w rodzinie pierwotnej.

Dążenie do rozwoju umiejętności, poszerzanie wiedzy wynikające z potrzeby poznawczej

Każde dziecko ma naturalną chęć rozwijania tego, co już umie, i uczenia się nowych rzeczy. Najczęściej realizuje tę potrzebę poprzez naukę szkolną, jednakże nie zawsze oceny szkolne są satysfakcjonujące. W dłuższej perspektywie zniechęca to dziecko do podejmowania kolejnych wysiłków. Taki stan rzeczy prowadzi do nawarstwiania się coraz większych zaległości szkolnych oraz powiększania się dystansu pomiędzy poziomem wiedzy i umiejętności dziecka a poziomem jego rówieśników. Dla wielu dzieci poznawanie świata odbywa się skutecznie poprzez kreatywną zabawę i rozwijanie własnych pomysłów.

Dążenie do identyfikacji z wzorcami osobowymi wynikające z potrzeby kształtowania własnej tożsamości

Każde dziecko w naturalny sposób potrzebuje wzorów zachowań, które naśladuje i z czasem uwewnętrznia, rozpoznając je jako własne. Mamy tu na myśli w szerszym ujęciu chęć uczenia się nie tylko zachowań, lecz także wartości i postaw od kogoś, kto jest dla dziecka ważny, czyli potrzebę posiadania autorytetu. Zadaniem rodziców w RDD jest dążenie do wejścia w rolę takiej osoby, na której dziecko będzie się wzorowało. Może się zdarzyć, że nie będzie to łatwe z powodu negocjowania przez nie takiej potrzeby. Znamy konkretne dzieci, które buntują się wobec kogoś, kto mógłby się stać ich autorytetem. Jednakże w takiej sytuacji, podobnie jak poprzednio, warto szukać uzasadnienia, dlaczego dziecko tak reaguje, i próbować konsekwentnie szukać dostępu do niego.

Niezależnie od tego, której potrzeby dotyczą zachowania mające charakter zaprzeczenia lub deprecjonowania jej, trzeba pamiętać i często sobie przypominać, że podłożem tych zachowań u dziecka jest lęk przed powtórny zranieniem, chęć uzbrojenia się w coś, czym można walczyć, aby znów nie cierpieć. Podłożem tego lęku mogą być wcześniejsze przeżycia.

W skład zestawu określającego „wszystko co dobre” mogą wchodzić także inne zasoby dziecka zależne od jego indywidualnych cech. Warto je wszystkie rozpoznać i bazować na nich w pracy wychowawczej z dzieckiem.

Używając określenia „wszystko co złe”, mam na myśli, najogólniej mówiąc, wszystko to, co zostało zniszczone w dotychczasowym życiu dziecka. Może to utrudniać proces adaptacji w nowej rodzinie, niemniej jednak nie oznacza, że jest on niemożliwy. Wymieniając kolejne obszary, należy uwzględnić:

- **Deficyty w rozwoju fizycznym i psychicznym, wrodzone i nabyte**, takie jak np. zespół FAS, upośledzenie umysłowe o różnym stopniu, nadpobudliwość psychoruchowa, problemy emocjonalne, zaburzenia zachowania.
- **Przekonania na różne tematy mające charakter zniekształceń poznawczych**, np. jeśli kogoś nie lubię, mam prawo go uderzyć. Powstają one w umyśle dziecka jako wynik uczenia się poprzez naśladowanie reakcji i postaw osób, które je wychowują, z którymi spędza najwięcej czasu. Są też pierwotną reakcją, stosowaną w sytuacji braku umiejętności, a nawet znajomości innych, bardziej dojrzałych strategii radzenia sobie w trudnych sytuacjach i rozwiązywania problemów.
- **Przyzwyczajenia utrudniające funkcjonowanie w codziennych sprawach**, np. brak nawyku utrzymywania porządku wokół siebie albo brak stałego rytmu dnia określającego, że o danej godzinie trzeba wstawać, a o innej trzeba iść spać.
- **Wartości, które nadają większe znaczenie sprawom złym niż dobrym**, np. jeśli jestem głodny, mogę ukraść czekoladę. W praktyce zawodowej wielokrotnie spotykam się z dziećmi, które wychowywały się w rodzinach dysfunkcyjnych. Skala uczynienia wartości z zachowań, które nie są akceptowane społecznie, bywa ogromna.

Przykład:

7-letni Patryk mówi o swoim dorosłym życiu:

Jak dorosnę, to będę złodziejem, tak jak mój tata. Będę mieszkał trochę w domu, a trochę w więzieniu. Jak będę w więzieniu, to moja rodzina będzie mnie odwiedzać. Będziemy mieli dużo pieniędzy.

Przykład:

12-letni Igor opowiada o sobie:

Mi jest tak dobrze. Nie lubię szkoły. Nienawidzę nauczycieli, bo nic nie rozumiem. W domu jest nudno, nie ma co robić. Mam dwie małe siostry i mama ciągle musi nimi się zajmować. Janek (ojczym Igora) albo pracuje, albo pije z kolegami. Moi koledzy też nie lubią chodzić do szkoły, tak jak ja. Kiedy nie chce mi się iść na lekcje, umawiam się z nimi i razem chodzimy po ulicach. Nie boję się niczego. Kiedyś gonili nas narkomani, ale uciekliśmy im, bo my dobrze biegamy. Siedzieliśmy u nich w pustostanie i nie podobało im się, że zrobiliśmy bałagan. Zaskoczyli nas i chcieli bić. Jak potrzebne są pieniądze, bo muszę mieć parę groszy, to się pójdzie do sklepu i coś tam weźmie. Potem sprzedajemy innym dzieciakom z podwórka, albo zamieniamy na fajki. Lubię takie życie. Nic nie muszę robić. Jak mi się chce, to robię, jak nie, to nie. Najgorsze to jest być frajerem. Ja nie jestem frajerem. Mama i Janek nie lubią, jak chodzimy po ulicach, bo boją się, że pójdziemy do domu dziecka. Kiedyś Janek pokazał mi drogę, którą mam uciekać, jakby przyjechała policja.

- **Brak wiedzy, którą na danym etapie życia dziecko powinno posiadać**, np. u dziecka 10-letniego brak wiedzy dotyczącej tego, jak należy korzystać z noża i widelca.

Wszystkie wymienione wyżej elementy mogą występować jako następstwo złych warunków, w jakich dziecko się dotychczas wychowywało, lub zaniedbań wychowawczych ze strony poprzednich opiekunów, najczęściej rodziców biologicznych. Prawidłowa pełna diagnostyka stanu dziecka w tym zakresie pozwoli prowadzić je wychowawczo w sposób adekwatny do możliwości.

O czym myśli dziecko przychodzące do nowego domu?

Analizując dziecięce myśli, można lepiej zrozumieć wewnętrzny świat najmłodszych. Umożliwia to uzyskanie odpowiedzi na istotne pytania: co jest dla niego ważne, do czego dąży, co buduje lub niszczy motywację do działania. W rozmowach z dziećmi, które dołączały do

nowych rodzin, często pytałam, o czym myślały, kiedy pierwszy raz miały pójść do nowego domu. Najczęściej dzieci wymieniały następujące myśli:

- Czy oni mnie polubią?
- Czy nowi rodzice będą dla mnie dobrzy?
- Czy będę mógł tu zostać na zawsze?
- Czy będę mógł się bawić z innymi dziećmi?
- Czy nikt mnie stąd nie zabierze?

Przytoczone powyżej myśli ukazują obawy i nadzieje dziecka, z którymi wkracza ono w nową sytuację rodzinną. Wyrażają nadzieję, że zostanie zaakceptowane przez nowych opiekunów i ich dzieci, obawę przed ponownym zabránieniem z rodziny, nadzieję, że w nowej rodzinie nie będzie doznawało krzywd. Krótko mówiąc, potrzeba przyjęcia, akceptacji i miłości, przysypana dotychczasowymi negatywnymi wspomnieniami i doświadczeniami, takimi, jak krzywdzenie, odrzucenie, wykluczenie, wypełnia wewnętrzny świat dziecka, które dołącza do nowej rodziny. Z jednej strony bardzo chce ono, aby wszystko było dobrze, a z drugiej boi się, czy to się uda.

Jak może zachowywać się dziecko, którego adaptacja w nowym domu jest trudna?

Zanim wymienię typowe zachowania dzieci będących w takiej sytuacji, pragnę zaznaczyć, że każde nieprawidłowe zachowanie dziecka ma swoje podłoże. Nie zawsze natomiast wynika ono z tego, że dziecko ciężko przechodzi etap adaptacji w nowym miejscu. Może wynikać z innych powodów, do których najczęściej zaliczamy wcześniejsze traumy, np. krzywdzenie w domu pierwotnym, albo też kryzys rozwojowy, przez który przechodzą wszystkie dzieci, np. okres dojrzewania. Sprawa jest jeszcze bardziej skomplikowana, kiedy nastąpi nałożenie się kilku perspektyw, np. dziecko nie ma zaufania do świata zewnętrznego, ponieważ straciło je w wyniku krzywdzenia przez dorosłych w swoim pierwotnym domu i dlatego nie chce się otworzyć na nowych

opiekunów; boi się, że znów zostanie skrzywdzone. Istotne jest, aby szukać wyjaśnienia w przypadku każdego niepokojącego zachowania dziecka. Najczęściej mamy do czynienia z następującymi zaburzeniami w zachowaniu i funkcjonowaniu dzieci pojawiających się w nowym środowisku:

- **Zachowania opozycyjno-buntownicze**

Występują u dzieci młodszych, w wieku poniżej 9.-10. roku życia. Według klasyfikacji ICD-10 podstawową cechą tego zespołu jest utrwalony wzorzec zachowania negatywistycznego, wrogiego, buntowniczego, prowokacyjnego i niszczycielskiego, które wyraźnie przekracza normy zachowania wieku i kontekstu społeczno-kulturowego oraz któremu nie towarzyszą poważniejsze naruszenia praw innych osób, takie jak agresja i zachowania dys socjalne. Dzieci z takim zaburzeniem są skłonne do złości, urazy i łatwego reagowania zdenerwowaniem wobec innych osób, które czynią winnymi za własne błędy i trudności. W typowych przypadkach bunt ma charakter prowokacyjny, w ten sposób inicjowana jest konfrontacja z rówieśnikami lub autorytetami.

- **Zaburzenia zachowania, agresywne i dys socjalne**

Występują u dzieci starszych i nierzadko poprzedzone są występowaniem zachowań opozycyjno-buntowniczych, gdy dziecko było młodsze. Pojawiają się zarówno w odniesieniu do rodziny, jak i do innych relacji społecznych, np. rówieśniczych. W klasyfikacji ICD-10 przytaczane są następujące przykłady tego rodzaju zaburzeń: „częste wdawanie się w bójk i tyranizowanie innych, okrucieństwo wobec zwierząt lub ludzi, poważne niszczenie własności, podpalenia, kradzieże, powtarzające się kłamstwa, wagarowanie i ucieczki z domu, nadmiernie częste i gwałtowne napady złości, zachowania buntownicze i prowokacyjne oraz trwałe, poważne nieposłuszeństwo”.

- **Autoagresja**

Zachowania niszczycielskie i agresywne, których obiektem jest samo dziecko. Przybierają czasem formę zagrażającą bezpieczeństwu zdrowia lub życia. Mogą obejmować różne formy, np. nacinanie ostrymi przedmiotami skóry w różnych miejscach na ciele, uderzanie głową o twarde przedmioty, zadawanie sobie w najróżniejszy sposób bólu i cierpienia, wyrywanie włosów, podejmowanie prób samobójczych.

● Psychosomatyka

Zaliczamy tu różne problemy zdrowotne, które nie znajdują uzasadnienia w stanie somatycznym. Typowe objawy psychosomatyczne to moczenie się dziecka, które wcześniej nauczyło się kontrolować swoje potrzeby fizjologiczne; problemy ze snem, obejmujące takie aspekty jak niespokojny sen, wybudzanie się ze snu, często połączone z występowaniem silnego pobudzenia emocjonalnego – strachu, złości; zgłaszanie bólu głowy lub bólu brzucha bez medycznej przyczyny. W cięższych stanach somatyzacji, czyli zgłaszania objawów choroby przez dziecko, które jest zdrowe, możemy spotkać tzw. bóle wędrujące. Oznacza to, że dziecko zgłasza, że boli je brzuch. Udajemy się na wizytę lekarską, wykonujemy badania. Lekarz mówi, że z brzuchem jest wszystko w porządku. Wtedy dziecko zaczyna zgłaszać, że boli je głowa. Powtarza się konsultacja medyczna i badania, które wykazują, że u dziecka nie ma problemów zdrowotnych w obrębie głowy. Po jakimś czasie zaczyna ono zgłaszać np. ból nogi. Kolejne orzeczenia medyczne, które stwierdzają, że dziecko w zgłaszanym obszarze jest zdrowe, powodują, że zaczyna ono zgłaszać coraz to nowe i nowe obszary bólu.

Relacja między nowym dzieckiem a rodzicami

Odrzucenie nowych opiekunów. Ten etap nie zawsze występuje. Jeśli dziecko źle ocenia swoją aktualną sytuację, chce zamieszkać w innej rodzinie niż jego biologiczna lub dotychczasowa grupa, np. w domu dziecka, wtedy od początku jest pozytywnie nastawione do tej zmiany i od razu jest otwarte na budowanie relacji z nowymi opiekunami. Jeśli zaś dziecko pierwotnie nie chce opuszczać swojego dotychczasowego miejsca, wtedy zwykle negatywnie nastawia się do nowych opiekunów, co utrudnia nawiązanie z dzieckiem dobrego, konstruktywnego kontaktu.

Zdarza się, że dziecko odrzuca nowych rodziców w sposób świadomy, zamierzony i trwały. Nie jest w stanie już nikomu na świecie zaufać. Rozmiar traumy spowodowanej wielokrotnym, często dramatycznym w swym przebiegu odrzuceniem jest tak duży, że dziecko nie potrafi

już zbudować prawidłowej relacji z opiekunami, neguje, odrzuca wszystko, co starają się mu dać. Taki obraz nie wróży rodzicom łatwej drogi wychowawczej.

Otwarcie się na nowych rodziców – budowanie relacji. W tej fazie, która może rozpocząć się od pierwszego dnia pobytu w nowym domu, dziecko dąży do tego, aby poznać opiekunów i dać poznać siebie. Chętnie opowiada o sobie, zwykle na początku przytacza różne wesołe wspomnienia ze swojego życia, trudne historie zostawiając na później. Zadaje opiekunom pytania dotyczące tego, co dalej z nim będzie. Chce też poznać nowych rodziców, dowiedzieć się, jakimi są osobami, jak można znaleźć z nimi porozumienie – stara się ich „wyczuć”.

Jeśli dziecko zachowało na tyle wysoki poziom ufności do dorosłych, aby mimo wcześniejszych doświadczeń odrzucenia czy skrzywdzenia znów dać im kredyt zaufania, wtedy jest duża szansa na to, że z czasem uda się zbudować dobrą, bezpieczną i umożliwiającą dalszy prawidłowy rozwój relację z nowymi rodzicami.

Chęć zawłaszczenia rodziców dla siebie. Niektóre dzieci mają wielki niedobór okazywania im uczuć przez dorosłych. Dotyczy to tych, których rodzice, szczególnie w trzech pierwszych latach życia, nie przytulali, którym nie zapewniali innych form bliskości fizycznej, np. nie głaskali, nie okazywali pozytywnych uczuć. Takim dzieciom poczucie, że są kochane i akceptowane, daje jedynie ciągle powtarzanie tej informacji, okazywanie przez opiekunów zainteresowania, poświęcanie im (najlepiej) całości wolnego czasu. Dziecko takie domaga się uwagi rodzica tak bardzo, że musi ją dostać tu i teraz, nie jest w stanie poczekać. W sytuacji, kiedy w domu są inne dzieci, bywa ono zazdrosne o względy opiekunów, a nierzadko nawet zawistne wobec rodzeństwa. Najlepszym rozwiązaniem dla takiego dziecka byłoby posiadanie rodzica na wyłączność, tak żeby nie zajmował się innymi, tylko wyłącznie nim. Niezależnie, ile czasu i uwagi poświęci dziecku, i tak będzie to dla niego za mało.

Jedną z pierwotnych potrzeb każdego dziecka jest posiadanie rodzica na wyłączność, jednakże większość dzieci realizuje tę potrzebę bez narażania innych, w tym samych rodziców, na przykre sytuacje.

Potrafią one zadowolić się taką dawką miłości, jaką rodzice im okazują, i na tej bazie zbudować wewnętrzne przekonanie, że są kochane i akceptowane. Nie muszą domagać się czasu i uwagi rodzica w sposób nadmiarowy.

Relacja między nowym dzieckiem a pozostałymi dziećmi

Na początek przedstawię naturalnie następujące po sobie etapy tworzenia się dobrych relacji dziecka z innymi dziećmi. Pierwszym z nich jest szukanie podobieństw. Rozmowy dzieci w tym czasie dotyczą spraw, które mogą je połączyć, zbliżyć do siebie. Mogą to być podobne przeżycia, zainteresowania, cele etc. W dalszym czasie następuje etap porównywania się. Dzieci zaczynają szukać tego, co je od siebie odróżnia. Pojawiają się pierwsze nieporozumienia, sprzeczki i kłótnie. Dzieci dostrzegają to wszystko, co mają innego, okazując przy tym różne trudne emocje. Często wtedy słyszymy: „Już jej nie lubię, jest głupia”. Wprawdzie takie zdanie niewiele nam wyjaśnia w kwestii powodów takiej oceny, jednakże daje sygnał, że dziecko dostrzegło zbyt duże różnice między sobą a koleżanką. Naturalnym, wynikającym z porównywania się elementem każdej relacji między dziećmi jest rywalizowanie. Potrzebują one mierzyć się ze sobą, sprawdzać, kto jest lepszy, szybszy, mądrzejszy, atrakcyjniejszy etc. Jeśli dzieciom uda się przejść przez dotychczasowe fazy i nie stracić ze sobą nici porozumienia, wtedy staje się realna najbardziej dojrzała forma relacji między dziećmi, jaką jest współpraca. Polega ona m.in. na konstruktywnym realizowaniu wspólnych celów, pomaganiu sobie nawzajem, przy uwzględnieniu podobieństw i występujących między nimi różnic.

Pewną specyfikę relacji między nowym dzieckiem a dziećmi przebywającymi już wcześniej w rodzinnym domu dziecka stanowią takie aspekty, jak:

Dołączenie nowego dziecka do grupy. Zadaniem każdego dziecka, które dołącza do już istniejącej grupy innych dzieci, jest znalezienie w niej swojego miejsca. Wymaga to takiego wejścia w relację z rówieśnikami, aby nie zostać odtrąconym lub wykluczonym. Dziecko bacznie obserwuje istniejące już wzajemne relacje i stara się zająć bezpieczne

i dobre dla siebie miejsce. Mamy tu na uwadze także wchodzenie w funkcjonujące już podgrupy i koalicje rówieśnicze lub tworzenie nowych, będących następstwem dołączenia kolejnego dziecka do rodziny.

Dołączenie w pewnym momencie wcześniejszej historii. Nowe dziecko nie zna wcześniejszego życia tej rodziny. Nie brało udziału w różnych ważnych wydarzeniach. Zadaniem nowo przybyłego jest odnalezienie się także w tym obszarze. Poznanie na tyle, na ile to możliwe, wcześniejszej historii domu poprzez obejrzenie kroniki, albumów ze zdjęciami, wysłuchanie opowiadań innych domowników może pomóc w łatwiejszej adaptacji. Dziecko, które nie uczestniczyło we wcześniejszym życiu rodziny, narażone jest na osadzenie na długo w roli „nowego” poprzez wypowiedzi w rodzaju: „Jego jeszcze wtedy nie było, on tego nie przeżył”. Rolą rodziców jest dołożenie starań, aby czas adaptacji i przyjęcia nowego dziecka do rodziny był jak najkrótszy.

Ja tu jestem tylko na jakiś czas, a oni tu zawsze będą. Szczególnie wtedy, kiedy rodzice mają swoje biologiczne dzieci, u dziecka, które przybyło, rodzi się trudna myśl. Mogłaby ona brzmieć: „Nie wiadomo, czy tu zostanę. Oni na pewno tu zostaną”. Pojawienie się podobnej myśli jest prawdopodobne u dziecka, które zmieniało już placówki. Nierzadko całkiem realna jest sytuacja, że wiadomo, iż dziecko jest w rodzinnym domu dziecka na jakiś czas, bo np. przygotowywane jest do adopcji. Wyżej przytoczona myśl może się u niego pojawić z dużym prawdopodobieństwem. Budzi ona silny lęk związany z niewiadomą co do dalszego losu. Każde dziecko powinno mieć stałe przekonanie, że miejsce, w którym się znajduje, jest trwałe i dla niego najlepsze.

Jak pomóc dziecku zaadaptować się w nowym domu?

Przygotowanie domowników i siebie na przybycie nowego dziecka – do tak poważnej zmiany, jaką jest wzięcie pod opiekę dziecka, warto przygotować zarówno siebie, jak i wszystkich domowników. Czasami zdarza się, że decyzja o przybyciu nowego dziecka zapada dość nagle, jednak warto dołożyć wszelkich starań, aby zagwarantować wszystkim domownikom ten bezcenny okres czasu.

Dzieci, które już z tobą mieszkają, niezależnie czy są twoimi dziećmi biologicznymi, czy wychowanekami w placówce, powinny dowiedzieć się z pewnym wyprzedzeniem, że rodzina się powiększy. Zadbaj o to, aby przekazać im następujące komunikaty:

- Powiedz, że chcecie, aby każdy miał czas na przygotowanie się na przyjęcie nowego członka rodziny, dlatego mówicie o tym z wyprzedzeniem.
- Udziel znanych ci informacji na temat nowego dziecka, staraj się budować przyjazną atmosferę i pozytywne nastawienie dzieci do pociechy, którą przyjmiesz pod dach.
- Odpowiedz na wszystkie pytania, które dzieci będą ci zadawały.
- Zapewnij, że dołożysz wszelkich starań, aby ta zmiana była dla wszystkich dobra.
- Zapewnij, że wszystkie dzieci pozostają dla ciebie tak samo ważne i kochane jak do tej pory.
- Zaproponuj, aby dzieci wymyśliły, jak chcą przywitać nowe dziecko. Może to być coś, co przygotowuje każde osobno albo wszystkie wspólnie. Dobrym akcentem, pozwalającym przełamać pierwsze lody, będzie coś, co dzieci zrobią dla nowego kolegi.

Zorganizowanie przyjęcia dziecka do rodziny – zaplanuj konkretny dzień, w którym przybędzie do was nowe dziecko, jako czas szczególnie, ważny dla całej rodziny. Zorganizuj formę przyjęcia dziecka, angażując w miarę możliwości wszystkich domowników. Może to być wspólny spacer z nowym dzieckiem, wspólne przemeblowanie, wygospodarowanie miejsca dla nowego wychowanek, uroczysta kolacja. Ważne jest, aby w jakiś szczególny sposób zaakcentować ten ważny dzień w życiu waszej rodziny. Dobrą praktyką jest także dokumentowanie tego czasu poprzez robienie zdjęć czy umieszczanie kolejnej karty w kronice rodzinnej.

Znajdź czas na rozmowę z nowym dzieckiem bez obecności innych. Będzie to dobra okazja, aby zapytać o jego samopoczucie – trzeba pamiętać, jak trudnym momentem może być pierwszy dzień w nowym środowisku.

Zdecyduj, czy lepiej zrobić to na forum całej rodziny, czy w rozmowie indywidualnej, ale:

- Zapewnij dziecko o swoich dobrych zamiarach. Przekaż, jaka jest twoja intencja, misja działania jako opiekuna w rodzinnym domu dziecka. Powiedz, co jest dla ciebie ważne, na czym zależy ci najbardziej.
- Porozmawiaj o tym, jak wyobraża sobie ten nowy etap życia, który właśnie się zaczyna – będzie to dobra okazja, żeby się dowiedzieć, z jakim nastawieniem dziecko do was przyjechało.
- Zapytaj, co wie na temat waszej rodziny. Opowiedz mu ogólnie o was – o rodzicach, o sobie, o innych dzieciach, które wychowujesz.
- Zapewnij o swojej dostępności dla niego, tzn. powiedz, że jeśli będzie chciał porozmawiać, zapytać o coś, podzielić się z tobą czymś, to jesteś na to gotów, bo zależy ci, aby dobrze się czuło w waszym domu.
- Zapewnij dziecko, że jest w tym domu ważną osobą, podobnie jak wszyscy inni. Wiele dzieci obawia się, czy zostanie zaakceptowane przez nowych, nie zawsze dotąd znanych sobie ludzi.
- Przekaż informację, że w waszym domu każdy jest odpowiedzialny za to, aby wszystkim żyło się dobrze i bezpiecznie. Wyjaśnij, na czym to polega, odwołaj się do zasad, którymi kierujecie się zarówno wy, jako rodzice, jak i pozostałe dzieci. Dziecko, które dołącza do was, powinno mieć poczucie, że oczekuje się od niego dobrej współpracy i że może liczyć na pomoc pozostałych domowników.

Jak rodzic może pomóc sobie w okresie przybycia nowego dziecka?

- Staraj się uzupełniać swoją wiedzę o nowym dziecku, wykorzystaj wszystkie dostępne źródła informacji, aby się dowiedzieć, jaka jest jego historia życia, jaki jest jego stan zdrowia, abyś mógł zaplanować w najbardziej adekwatny i odpowiedzialny sposób dalsze z nim postępowanie.

- Korzystaj z rozmów z innymi osobami, które z racji zawodu mogą ci udzielić wsparcia i pomocy, korzystaj z superwizji.
- Daj sobie czas na to, aby życie w rodzinie stało się znów stabilne i bezpieczne. Bądź cierpliwy. Ty też musisz przyzwycząić się do nowego ładu.
- Dbaj teraz o swój odpoczynek i relaks bardziej niż w innych momentach.

O superwizji stów kilka

Dla kogo przeznaczona jest superwizja?

W obiegowej opinii superwizja nadal przypisywana jest psychologom i psychoterapeutom. Jednakże w obszarze udzielania pomocy rodzinom z problemem przemocy powinna ona być stałym elementem pracy każdego profesjonalisty bez przypisania do konkretnego zawodu.

Superwizja może się odbywać w formie indywidualnych sesji, na których obecny jest superwizor i superwizant. Każdy pomagacz może korzystać z tej formy superwizji.

Inną formułą jest grupa superwizyjna, prowadzona przez jednego lub dwóch superwizorów. Jej uczestnikami są osoby pracujące z klientem w podobnym obszarze, np. terapeuci z jednego ośrodka, osoby zajmujące się pracą z rodzinami z problemem przemocy na danym terenie, pracownicy socjalni, pracownicy z konkretnej placówki, np. domu dziecka, przedszkola, ośrodka pobytu dziennego itp.

Tajemnica superwizji

Podobnie jak inne oddziaływania dotyczące pomocy drugiemu człowiekowi, również superwizja jest procesem, w którym obowiązuje zasada dochowania tajemnicy zawodowej. Zarówno superwizorzy, jak i uczestnicy umawiają się, że nie będą omawiać spraw poruszanych na tego typu spotkaniach z osobami postronnymi, niezaangażowanymi zawodowo i bezpośrednio w pomoc rodzinie. Zdarza się czasami, że historia rodziny omawianej podczas superwizji znana jest z obszaru

prywatnego któremuś z uczestników, np. w omawianych osobach rozpozna on swoich znajomych. W takiej sytuacji dla dobra wszystkich osoba ta powinna wyłączyć się z superwizji na czas omawiania danej rodziny.

Czemu służy superwizja, kto na tym korzysta?

Zadaniem superwizji jest pomoc profesjonalistom w tym, aby ich praca była skuteczna. Nie jest to jednak proste, ponieważ codzienny kontakt z ofiarami, sprawcami i obserwatorami przemocy jest trudny. Z jednej strony od pomagaczy oczekuje się wrażliwości i empatycznego reagowania, a z drugiej naraża ich na częste sytuacje powodujące duże obciążenie emocjonalne. Mam tu na myśli takie aspekty, jak:

- Praca na granicy pomagania i prawa – terapeuci pracujący w tym obszarze mają dylematy dotyczące celu pracy z pacjentem. Czy ma sens podejmowanie oddziaływań terapeutycznych wobec osoby, która znajduje się w sytuacji kryzysowej? Procedury prawne trwają często tak długo, że zarówno dorośli pacjenci, jak i ich dzieci uczą się żyć od jednej rozprawy do drugiej, a nie mają siły ani energii, aby pracować nad swoimi emocjami, wzorami zachowania, nawiązywaniem nowych relacji w życiu, poprawą tego, co chcieliby zmienić, ogólnie mówiąc – nad powrotem do normalnego życia.
- Konieczność podejmowania interwencji – każdy pomagacz, który został wezwany przed sąd w sprawie podopiecznego, wie, jak wielkim obciążeniem psychicznym, moralnym i etycznym jest taka sytuacja. Nierzadko wezwanie osoby pomagającej do sądu unieumożliwia dalszą jej pracę z rodziną.
- Pomaganie w sytuacji, kiedy podopieczny jest w kryzysie emocjonalnym związanym z występowaniem silnej bezradności, lęku, czasem strachu wynikającego z realnego zagrożenia zdrowia i życia. Pomagacz staje wtedy w obliczu ryzyka, że zacznie się bać

o bezpieczeństwo pacjenta i jego najbliższych. Taka sytuacja może prowadzić do wyczerpania zarówno u pacjenta, jak i u specjalisty.

- Silne reakcje przeniesienia negatywnych skojarzeń wynikających z doświadczeń życiowych na osobę pomagacza – wielu pacjentów wchodzi z nami w relację, jaka jest im bardzo dobrze znana z życia, czyli sadystyczno-masochistyczną, dwoistą z natury. Z jednej strony prezentują się oni jako osoby skrzywdzone, bezradne, wymagające naszej dbałości, troski i opieki, z trudem budujące zaufanie do nas, postrzegające nas jako osobę opresyjną, karzącą, srogą i zagrażającą. Z drugiej strony potrafią wchodzić z nami w relację z pozycji sprawcy przemocy. Wymagają pomocy, której nie możemy im dać, i działań, które nie są możliwe, odwołują spotkania bez uprzedzenia, pozostawiając pomagacza z poczuciem, że jest dla pacjenta kimś mało ważnym. Przekraczają także nasze granice, np. poprzez łamanie zasad, na które wcześniej się z nami umówili, np. kontraktu dotyczącego współpracy.

Z powyższych rozważań wynika, iż praca w obszarze pomagania rodzinom z problemem przemocy naraża wszystkie osoby starające się nieść tę tak bardzo potrzebną pomoc na przedwczesne zniechęcenie do podejmowania działań, obniżenie wrażliwości na krzywdę drugiego człowieka, powstrzymywanie się od interweniowania, żeby nie narażać siebie na negatywne reakcje pacjenta lub jego otoczenia, podejmowanie działań pozornych, które realnie w niczym nie pomagają rodzinie. Wszystkie te reakcje niosą wysokie ryzyko wypalenia zawodowego pracowników służb, organizacji pozarządowych i instytucji zajmujących się przeciwdziałaniem przemocy w rodzinie.

Superwizowanie pracy w tym obszarze powinno być standardowym działaniem każdego specjalisty, odpowiedzialnego zarówno za siebie, jak i za podopiecznych.

Zakres oddziaływań podczas superwizji

Uczestnicy, którzy rozważają swój udział w grupie superwizyjnej, zadają pytania dotyczące tego, co właściwie robi się podczas spotkań z superwizorem.

Spotkania superwizyjne są okazją do omawiania następujących aspektów związanych z pomaganiem rodzinom z problemem przemocy:

- **Plan dalszego działania**

Jeśli rodzina trafia do profesjonalisty, ważne jest, aby ułożyć plan pomocy poszczególnym osobom. Na zaawansowanym etapie pracy z rodziną mogą pojawiać się wątpliwości co do skuteczności dotychczasowych oddziaływań. Dokonywana jest wtedy korekta wcześniej założonego planu z uwzględnieniem aktualnej i realnej sytuacji, w jakiej znajduje się pacjent i jego rodzina.

- **Analiza własnych reakcji**

Pomaganie drugiemu człowiekowi nieodłącznie wiąże się z pracą angażującą własne emocje pomagacza. Analiza i zrozumienie ich pojawiania się w kontekście pracy z konkretnym pacjentem pozwalają z jednej strony uwolnić je, odreagować, zaakceptować. Z drugiej zaś pomagają lepiej rozumieć pacjenta, jego mechanizmy obronne, wzory zachowań, które stosuje także w innych relacjach międzyludzkich. To prowadzi do poprawy skuteczności oddziaływań wobec pacjenta.

- **Otrzymanie wsparcia**

Pojawianie się silnych emocji u profesjonalisty oraz brak porządku, spokoju, przewidywalności, który przemoc wywołuje zarówno w życiu pacjenta, jak i w procesie pomagania, bardzo obciążają psychicznie. Ogromnie ważne jest otrzymanie wsparcia tak od superwizora, jak od innych uczestników superwizji grupowej.

- **Nabywanie wiedzy teoretycznej**

Elementem spotkań superwizyjnych jest także poszerzanie, uzupełnianie wiedzy dotyczącej różnych aspektów związanych z występowaniem

przemocy i przeciwdziałaniem jej. Poprzez omawianie konkretnych sytuacji uczestnik superwizji przyswaja merytoryczne aspekty, mechanizmy, które opisują kwestie praktyczne.

- **Dbanie o własne bezpieczeństwo i komfort**

Superwizowanie pracy pozwala także na określanie potrzeb osoby pomagającej jako podmiotu relacji z pacjentem. Specjalista ma w ten sposób szansę dbania o swój możliwie największy dobrostan psychiczny. Uczy się stawiania i egzekwowania granic w relacji z podopiecznym, tak aby czuć się pewnie w roli osoby, która ma pomagać innym.

- **Poznanie ograniczeń pacjenta, własnych, instytucjonalnych**

W codziennej pracy spotykamy się z tym, że mimo wielkiego wysiłku, chęci i zaangażowania z naszej strony nie udaje się osiągnąć poprawy sytuacji naszego pacjenta. Jej analiza pozwala zweryfikować zakładane cele. Często okazuje się, że plan pomocy nie uwzględniał różnych ograniczeń pacjenta, co stanowiło przyczynę nieadekwatności oferty pomocy do możliwości podopiecznego (np. wysyłanie na warsztaty umiejętności wychowawczych osoby upośledzonej umysłowo lub będącej w ciężkiej depresji).

Inną sytuacją jest poszukiwanie drogi rozwoju zawodowego przez młodych specjalistów. Podejmują oni czasem wyzwania, którym z powodu różnych swoich ograniczeń (temperamentalnych, zdrowotnych, osobowościowych) nie są w stanie sprostać. Brak wiedzy na własny temat w tej kwestii, nieznanomość owych ograniczeń mogą prowadzić do poczucia niepowodzenia w pracy albo do przedwczesnego wypalenia zawodowego.

Praca w obszarze pomagania to nie tylko ludzie, lecz także warunki, jakie stwarzają konkretne instytucje, w ramach których wykonują oni swoje obowiązki zawodowe. Nie w każdej instytucji można otrzymać szeroką ofertę pomocy. Warto znać i rozumieć ograniczenia, jakie to stwarza, aby planować pracę w sposób adekwatny do możliwości danej instytucji/placówki (chodzi np. o zrozumienie, jaki wpływ na skuteczność

naszych działań ma to, czy podopieczny korzysta z naszej pomocy odpłatnie, czy nieodpłatnie, w jaki sposób oddziałuje to na relację pomagania i co z tego wynika dla konkretnej sytuacji).

- **Nabywanie umiejętności technicznych w pracy z pacjentem**

Czasem istnieje potrzeba, aby z konkretną sytuacją (np. trudną rozmową z pacjentem) zmierzyć się w warunkach sztucznych, kontrolowanych, po to, aby sprawdzić, na co należy zwrócić szczególną uwagę. Podczas spotkania superwizyjnego istnieje możliwość ćwiczenia konkretnych technik, pomocnych później w prowadzeniu rozmowy na spotkaniu z pacjentem. Pomocnym źródłem tej wiedzy jest także dzielenie się doświadczeniami własnymi, innych uczestników oraz superwizora.

- **Omawianie etycznych aspektów pracy**

Każdy pomagacz powinien postępować według zasad etyki zawodowej. Kwestia ta nakłada na profesjonalistów obowiązek działania w określonych ramach moralnych. Moralność i etyka nie występują w relacjach opartych na przemocy. Praca z jej ofiarami i sprawcami narażona jest na łamanie tych wartości dużo bardziej niż w innych obszarach pomagania. Pomagacze sami narażeni są na oddziaływania niemające wiele wspólnego z etyką, a z drugiej strony nierzadko są prowokowani przez swoich podopiecznych do stosowania tego rodzaju zachowań.

Zakończenie

Osoby prowadzące rodzinne domy dziecka podejmują ważną i odpowiedzialną decyzję dotyczącą jakości dalszego życia dziecka, którego los dotychczas nie oszczędzał. Wykonują na co dzień trudną i bardzo potrzebną pracę, której niezwykłą cechą jest to, że obowiązki i zadania zawodowe realizują, angażując w nie swoich bliskich, własne dzieci, męża, żonę, dalszą rodzinę. Dla dziecka będącego wychowankiem takiej placówki jest to niezwykła szansa na zaspokojenie pierwotnej potrzeby – potrzeby miłości, akceptacji i przynależności.

Mam nadzieję, że osoby, które decydują o skierowaniu dziecka do rodzinnego domu dziecka, będą zaglądać do tej publikacji, aby szukać

rozwiązań prowadzących do stworzenia każdemu dziecku dużej szansy na łagodne i trwałe przyzwyczajenie się do nowego domu.

Liczę także na to, że pracownicy rodzinnych domów dziecka będą szukać odpowiedzi na nurtujące ich pytania, że będą korzystać z zawartości tego materiału po pierwsze po to, aby nie być osamotnionymi w trudnej pracy, a po drugie, aby szukać takich rozwiązań, które dają poczucie sensu i satysfakcję z dobrze wykonywanej pracy, a nie prowadzą do zniechęcenia i wypalenia zawodowego.

Literatura:

Pużyński S., Wciórka J. (red.), 2000, *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków.

Renata Kałucka – psycholog, psychoterapeuta z praktyką kliniczną w zakresie terapii dzieci krzywdzonych i ich rodzin. Tematyka artykułu oraz warsztatów koncentruje się na analizie relacji między dzieckiem a najbliższym otoczeniem w kontekście adaptacji w rodzinnym domu dziecka.

Obraz kliniczny dziecka trafającego do różnych form opieki zastępczej

Grażyna Lewko
Psycholog dziecięcy, psychoterapeuta

Wielu opiekunów, którzy zajmują się dziećmi opuszczonymi przez rodziców, od początku swojego pomagania przeżywa rozczarowanie, mniejsze lub większe, ale nieuniknione. Można sądzić, że podobne rozczarowanie przeżywały dzieci w kontakcie ze swoimi rodzicami. Doznane przez nie opuszczenie miało mniej lub bardziej dramatyczną formę, od zaniedbania do doświadczenia niebezpieczeństwa, ale zarówno zaniedbanie przez rodzica, jak i maltretowanie przez niego stanowi zagrożenie życia dziecka. W takich sytuacjach umysł każdego z nas, a tym bardziej dziecka, korzysta z biologicznych mechanizmów obronnych chroniących przed śmiertelnym przerażeniem – z dysocjacji. Dysocjacja pomaga przeżyć to, co jest tak przerażające, że aż niemożliwe do pomyślenia. Specyfiką każdego przeżycia traumatycznego jest m.in. to, że wywołując szok emocjonalny i przeciążenie poznawcze, nie może być pomyślane i funkcjonować jako wspomnienie, które można przywołać z pamięci. Psychika broni się, rozbijając wspomnienie na fragmenty i nie dopuszczając do pojawienia się całości wspomnienia w świadomości.

Życie po przeżyciu traumatycznym nigdy już nie jest takie samo jak przed nim, a doświadczenie bliskości własnej śmierci bez możliwości ucieczki nie jest doświadczeniem wzbogacającym, budującym. Wywołuje cierpienie, którego przejawy można znaleźć w różnych sferach naszej aktywności. Aparat psychiczny dziecka jest niedojrzały i nie ma możliwości samodzielnego poradzenia sobie z uczuciami dnia codziennego – lęki i niepokoje dziecka w normalnym rozwoju są przyjmowane, opracowywane w umyśle matki i „oddawane” dziecku tak, aby mogło je przeżyć. Gdy dziecko jest postrzegane przez rodziców

jako ich znienawidzona część, nie tylko jego normalne niepokoje nie są rozumiane, lecz także znajduje się ono w poważnym niebezpieczeństwie. Badania wykazują, że najpoważniejsze konsekwencje dla rozwoju dziecka ma tzw. trauma skumulowana, doświadczana w relacji z rodzicem. Przeżycie jej przez dziecko jest w literaturze porównywane z przeżyciem obozu koncentracyjnego. Gdy podczas konsultacji w gabinecie psychologicznym dziecko obdziera z ubrań wszystkie lalki, a potem niedbale, z jakimś zapamiętaniem i grozą rzuca je na stos, nieodmiennie nasuwa się myśl, że doświadczyło naruszenia własnej godności i psychicznego gwałtu. W wiedzy potocznej funkcjonuje przekonanie, że najważniejsze są pierwsze lata życia dziecka, a każde dramatyczne przeżycie zostawia w umyśle ślad. Jest to wiedza i niewiedza jednocześnie. Bardzo trudno jest bowiem powiązać historię życia z ujawnianymi przez dziecko symptomami. W tym celu potrzebne są narzędzia w postaci wiedzy o traumie psychicznej; symptomy układają się wówczas w spójną całość i stają się najbardziej wiarygodnym świadectwem przeżyć dziecka. Opiekunowie dzieci z traumą psychiczną, rodzice adopcyjni i wychowawcy stają przed poważnym wyzwaniem. Ich dotychczasowa wiedza o świecie, o sobie samych, o metodach wychowawczych okazuje się niewystarczająca.

Wieloletnia niemożność nawiązania kontaktu psychicznego z dzieckiem, stałe powtarzanie tych samych zachowań, mimo znajomości zasad zachowania, dziwna obcość dziecka stanowiłyby wyzwanie dla każdego z nas. Bezradność, ciągłe poczucie winy, przeświadczenie, że pewnie można było zrobić więcej, przerażenie destrukcyjnością dziecka w wielu przypadkach prowadzą do rezygnacji z opieki nad nim. A może to ból psychiczny dziecka, które staje się coraz bliższe opiekunowi, jest tak nieznośny, że trzeba się tego bólu w sposób bardzo konkretny pozbyć?

Pytań jest wiele. Dlaczego dziecko mimo dobrej opieki zachowuje się coraz gorzej? Dlaczego wiele dzieci jest „nieobecnych” dla siebie samych? Dlaczego niektóre dzieci nigdy nie płaczą? Dlaczego niektóre dzieci ciągle się uśmiechają i nigdy nie są smutne? Dlaczego nie pamiętają, co zrobiły przed chwilą? Dlaczego mimo bardzo dużej inteligencji nie mogą się niczego trwale nauczyć, bo za chwilę zapominają

wszystko, czego się uczą? Dlaczego sprawiają tak poważne trudności wychowawcze? Dlaczego czasem próbują się zabić, mimo że wcale tego nie chcą? Na większość tych pytań można odpowiedzieć.

Opiekunowie dzieci zwykle mówią, że podczas różnych szkoleń są informowani o tym, że dzieci mogą sprawiać kłopoty wychowawcze, ale pociesza się ich jednocześnie, że skoro wychowali własne dzieci, to z tymi też sobie poradzą. Podczas superwizji często wyrażają pragnienie, aby mówiono im prawdę o dziecku, jego przeżyciach czy najbardziej destrukcyjnych zachowaniach.

Czasem zdarza się, że dziecko sprawia wrażenie, jakby wszystko było w porządku. Bywa, że do opiekunów zastępczych i rodzinnych domów dziecka trafiają dzieci jedynie „z legitymacją szkolną”, świadczącą o tym, że dziecko nie jest znikąd, jednak niewiele o nim mówiącą. Panuje powszechne przekonanie, któremu początkowo ulegają opiekunowie zastępczy, że izolacja od krzywdzących rodziców w magiczny sposób poprawi stan psychiczny dziecka, wszelkie braki w rozwoju emocjonalnym, poznawczym i społecznym stopniowo same ustąpią, a przede wszystkim pojawi się coś, co uczyni rozwój możliwym. Z reguły tak się jednak nie staje. W psychice dziecka zaczynają się dziać różne dziwne rzeczy, które wywołują pytanie, jak to jest, że coś, co ma być lub jest dobre, staje się złe, niewystarczające czy bezwartościowe dla dziecka, i dlaczego „im lepiej, tym gorzej”.

Gdy dziecko po kilku miesiącach pobytu w domu zastępczym zachowuje się z dnia na dzień coraz gorzej, w dodatku w sposób, który wymyka się normalnemu rozumieniu, opiekunowie z przerażeniem konstatują, że po pierwsze nie radzą sobie, po drugie, że dziecko wzbudza w nich uczucia, których siła jest im obca i tym samym podważa to ich dotychczasowe myślenie o sobie, a po trzecie, że oni sami bezwzględnie potrzebują pomocy. Czują, że tkwią w dychotomicznym myśleniu, że albo oni są źli, okrutni, bezwzględni, albo to dziecko jest złe, okrutne i bezwzględne.

Wiedza o traumie psychicznej, jej objawach i dynamice pozwala rozumieć to, co wydaje się zupełnie niespójne i niezrozumiałe, widzieć prawdę o dziecku, jego psychiczny ból, cierpienie. Przede wszystkim jednak

pomaga wyjść z zakłętego kręgu przeświadczenia, że „albo ty jesteś zły, albo ja”, *tertium non datur...* Podczas spotkania jednej z grup superwizyjnych opiekunowie stwierdzili, że kiedyś powiedziano im, iż zajmowanie się dziećmi, które przeżyły za dużo, wymaga zmiany myślenia, ale wówczas nie wiedzieli, o jaką zmianę chodzi. Rzecz w tym, że to, co wydaje się najbardziej nielogiczne, niespójne i niezrozumiałe, z punktu widzenia przeżyć dziecka, jego historii dramatycznego rozwoju i pierwotnych relacji z rodzicami biologicznymi w tych najbardziej krytycznych rozwojowo okresach życia, jest spójne, logiczne i zrozumiałe, a jednocześnie niebywale trudne do leczenia.

Z „całą prawdą o dziecku” wiąże się wiele problemów. Jeden z dyrektorów pomocy społecznej stwierdził, że jeśli powie prawdę o dziecku, to nikt go nie będzie chciał. Inny natomiast oskarżył mnie o oszczerstwa i stygmatyzację, bo prawdę przeżył jako własne zaniedbanie i jakkolwiek dyskurs nie był możliwy. Zaproszenie do idealizacji zostało przeze mnie odrzucone, bo aby pomagać i leczyć, najpierw trzeba zdiagnozować, nazwać stan. Bez tej diagnozy, a więc „prawdy”, dzieci wcześniej opuszczone i krzywdzone narażone są na niezrozumienie i przekazywanie z domu do domu lub z instytucji do instytucji. Krzywda, ból budzą lęk i przerażenie, ale też nienawiść i wściekłość. Aby zacząć leczenie tych głęboko zropaczonych dzieci, trzeba to sobie najpierw uświadomić. Należy również zrozumieć to, że czasem miłość i nienawiść nie są w równowadze. Tym samym pomoc bywa wyjątkowo trudna i czasem można jedynie powierzchownie zaleczyć rany, aby dziecko nie krzywdziło siebie lub innych tak dotkliwie.

U najciężej zaburzonych dzieci ilość traum jest nie do policzenia. O tych dzieciach Ann Alvarez (1992), psychoanalityczka brytyjska, pisze jako o dzieciach zatwardziałe destrukcyjnych – borderline i psychopatycznych. Proces ich leczenia wymaga wysokich kompetencji psychoterapeutycznych; jest długotrwały i nie kończy się cudownym uzdrowieniem, ale jedynie zmniejszeniem destrukcyjności dziecka. Zmienia też leczącego, wymaga od niego, by umiał jasno i bez wahania ocenić, co jest dobre, a co złe. Ann Alvarez pisze, że początkiem jakiegokolwiek zmiany psychicznej u takiego dziecka jest pojawienie się szacunku do leczącego.

O smutku, którego nie może być

Smutek jest nierozdzielnie związany z naszym życiem. Traktujemy go jak niewygodę, nieproszonego gościa, uznajemy za niepotrzebny. Nie lubimy go, bo wiąże się z rozstaniem, utratą, śmiercią. Jest zwiastunem zmiany w nas samych, w naszym myśleniu, nieodłączną konsekwencją zmiany w naszej rzeczywistości. Jaka jest rola smutku w naszym życiu? Czy istotnie jest on jedynie zawadą?

Zdarza mi się konsultować dzieci, którym „nigdy” nie jest smutno, które niczego się nie boją, za nikim nie tęsknią. Tak mówią. Gdy po raz pierwszy przychodzą do mojego gabinetu, sprawiają wrażenie, jakby znały mnie od lat. A przecież mnie nie znają, jestem obca. Często natychmiast sięgają po zabawki, nie zatrzymując uwagi na żadnej z nich na dłużej, krzątają się z uśmiechem na ustach. Gdy zauważą, że się im przyglądam, tylko bardziej się uśmiechają. Czasem na chwilę nieruchomieją, a ja mam wówczas wrażenie, że ich stężałe ciało słucha, wyczuwa każdą zmianę, najdrobniejszy szmer, staje się ich wzrokiem. Zapytane, czy coś je zaniepokoiło albo może na kogoś czekają – zaprzeczają.

To duże szczęście, gdy dziecko może być smutne, bo to oznacza, że jest ktoś, kto je wysłucha, zrozumie, ukoi. Gdy w życiu dziecka nie ma takiej osoby, jego smutek będzie coraz głębszy i głębszy, aż do takiego nagromadzenia, że pewnego dnia dziecko przestanie go odczuwać. Niestety zapomniany smutek kładzie się dziwnym cieniem na wszystko – mimo że dziecko bardzo tego pragnie, już nie może się cieszyć. Świat wokół staje się dziwnie nudny i mimo ogromnych wysiłków trudno go zapamiętać i nie można się go uczyć. A to już tylko krok do tego, by pomyśleć o sobie, że jest się jakimś dziwnym, niegrzecznym, złym. I wtedy już tylko trzeba się bardzo uśmiechać, aby inni nie zobaczyli tego zła.

Bardzo wysoka cena za smutek, którego nie może być.

Ale może się też zdarzyć, że w życiu dziecka wszystko działa się nie tak. Herta Müller, laureatka Nagrody Nobla, w swojej książce *Król kłania się i zabija* tak pisze o owym stanie umysłu: „Jeśli w życiu wszystko jest nie tak, również słowa zapadają w przepaść. Widziałam, jak spadają

w przepaść słowa, które miałam. I byłam pewna, że wraz z nimi spadłyby w przepaść również te, których nie miałam, gdybym je miała. Te nieistniejące stałyby się takie, jak te istniejące, które spadły. Nigdy nie wiedziałam, ile potrzeba słów, aby pokryć nimi amok w głowie. Amok, który natychmiast oddala się od znalezionych dla niego słów” (Müller 2005, 13).

Gdy przychodzi dziecko, w którego życiu wszystko było nie tak, często mam poczucie, że muszę je odnaleźć w przestrzeni między milczeniem a mówieniem, bo jak pisze Herta Müller, „kiedy milczymy (...) stajemy się nieprzyjemni, kiedy mówimy – śmieszni” (Müller 2009, 9). Śmieszni, bo gdy dziecko jest zawieszane między życiem a śmiercią, to czy istnieje wówczas dobre pytanie (Müller 2009)? Kiedy otoczenie budzi grozę, a własne, doświadczane uczucia budzą bezimienną przerażenie, jedyną szansą na przetrwanie wydaje się bycie w stanie poza znaczeniem, w stanie, w którym uczucia odrywają się od myśli, a myśli od słów, bowiem każde słowo, zwykłe określenie przedmiotu może budzić grozę i przerażające skojarzenia. Szaleństwo nie jest rozwiązaniem, bo nie chroni przed lękiem. Bardzo często słyszę: „nic”, „nie wiem”, „normalnie” i owo „nic” to są te wszystkie słowa i znaczenia, które wpadły w przepaść. A to „normalnie” znaczy „jak zwykle”, bo zwykle tam wpadają. Dziewczynka, którą chcę przedstawić, gdy na chwilę wyrwała się ze stanu bez znaczenia, powiedziała, że nie wie, co lubi, nic nie ma znaczenia, niczego się nie boi. Skoro jednak to powiedziała, to może jednak miała nadzieję.

Gdy dziecko przeżyło grozę, stan bezimiennego, niemożliwego do nazwania przerażenia, to kubek na stole, kolor sukienki, zaniepokojenie w głosie opiekuna może ten stan ponownie wywołać. Aby przeżyć, dziecko musi przestać czuć i pozbawić się znaczeń. Trudno wtedy jest mieć coś do powiedzenia. Nie można się uczyć, bo dodawanie kojarzy się z czymś niechcianym, nie wspominając o historii, bo nie można się jej uczyć, gdy samemu ma się straszną historię. Czasem dzieci mówią, że najłatwiej im się uczyć języka obcego. Często są bardzo inteligentne, co wywołuje jedynie większą frustrację u opiekunów. Widząc tak inteligentne dziecko, trudno jest im bowiem zrozumieć, dlaczego nie mogą się uczyć, a gdy czegoś się uczą, to prawie natychmiast to zapominają.

Gdy tak wiele znaczeń zostaje utraconych i tak wiele spraw traci znaczenie, a stan wewnętrznej pustki staje się stanem bezpiecznym, to smutek pojawia się rzadko. **Gdy otoczenie staje się bezpieczne i nie trzeba już walczyć o życie, najpierw pojawia się trudne zachowanie, a potem rozpacz i smutek. Dla niektórych ten smutek i rozpacz są nie do zniesienia.**

Ale może się też zdarzyć, że nic nie mogło zostać utracone, bo tego nie było, nie ma więc układu odniesienia, poczucia sensu i poczucia rzeczywistości. Ann Alvarez pisze tak: „Czasami, gdy nie ma takiej pamięci i nie ma nadziei, pojawia się coś, co wykracza poza rozpacz i przeobraża się w swego rodzaju zgubną akceptację. W przypadku niektórych dzieci psychotycznych (...) wydaje się, że zapomniały – jeśli kiedykolwiek miały taką wiedzę. W tych stanach nie próbują się odwracać i uciekać, nawet w samobójstwo. Zwykle nie krzyczą ani nie płaczą. Wydaje się, jakby przeszły poza nadzieję, pamięć, a nawet strach” (Alvarez 1992, 16).

Donald Winnicott, brytyjski pediatra, psychiatra i psychoanalityk, znacząca postać dla rozwoju psychoanalizy, badacz relacji matki i niemowlęcia, zaangażowany w zapobieganie zaburzeniom rozwoju emocjonalnego u niemowląt i dzieci, w eseju *Wartość depresji* (2010) pisze, że „depresja sama w sobie zawiera załączek wyzdrowienia” (2010, 71). Dziecko staje się zdolne do odczuwania nastroju depresyjnego, gdy zaczyna odczuwać „(...) JA JESTEM”, „ma wewnątrz, potrafi wytrzymać burzę własnych instynktów i umie zawierać stres i napięcia, jakie powstają w osobistej, wewnętrznej rzeczywistości psychicznej (...). Jest to osiągnięcie w rozwoju emocjonalnym. (...) obecność nastroju depresyjnego daje podstawy do wiary, że ego jednostki nie jest uszkodzone i zachowało zdolność do sprawowania nad wszystkim pieczy” (2010, 72).

Mój przyjaciel psychiatra zwykł mawiać, że nie każdy może mieć depresję.

Jeremy Holmes, psychiatra, psychoterapeuta, w książce o Johnie Bowlby, bardzo ważnej postaci w psychoanalizie, uczniu Melanie Klein, twórcy teorii przywiązania, przytacza jego wypowiedź: „Gdy ludzie zabierają się do pisania, wydaje im się, że mają do powiedzenia coś

bardzo ważnego... nie prowadzi to do niczego dobrego. Trzeba chyba zacząć tak: Mam tu taką ciekawą historię” (2007, 17).

A więc mam tu taką ciekawą historię. To smutna historia, o nieznanym zakończeniu. Wybitna pisarka, laureatka Nagrody Nobla, w swoich bardzo poruszających książkach wolę życia nazywa sercątkiem. To taka wola życia, która przypomina kroplę drążącą skałę – wydaje się, że przeciwności losu ją zniszczyły, złamały, sponiewierały, a ona ciągle jest.

4-letnia dziewczynka pogrążona w smutku, który widać jedynie w chorobie i którego stara się nie okazywać, aby nie martwić mamy, narysowała na kartce maleńkie czerwone serce. Wokół tego serca ulepiła mur z plasteliny, jeden, następnie drugi i trzeci, potem jeszcze kraty, tak że tego serca już zupełnie nie było widać. Powiedziała, że to jej zmęczone serce. Podała w wątpliwość moją zdolność niesienia jej pomocy, bo uważała, że wszyscy dorośli mają serca jeszcze bardziej zmęczone, więc ona musi być bardzo grzeczna i uśmiechać się, aby rozweselać dorosłych. Jest zawsze uśmiechnięta, bardzo trudno się domyślić, że jej serce jest tak zagrożone. Ale ta dziewczynka wie, że jest jej smutno, że utraciła coś, za czym tęskni. Wie, że jest zmęczona swoim życiem, i próbuje radzić sobie z wewnętrznym konfliktem, ciągle rozważając go i myśląc o nim w zabawie, aż w końcu uda się jej z nim ułożyć. Taką przynajmniej mam nadzieję.

Chciałabym opowiedzieć o dziewczynce, którą nazwę Ania. Nie wiem, czy Ania wie. Nawet nie wiem, czy Ania wie, że istnieje. Jej opiekunowie zgodzili się na opowiedzenie tej historii. Powiedzieli, że może jej historia pomoże innym dzieciom. Tracą nadzieję, że coś może pomóc Ani. To jedna z wielu historii, które mogłabym opowiedzieć, niestety... To są historie o dzieciach, którym nie może być smutno, ale nie straciły nadziei. Opiekunka Ani powiedziała, że bardzo chciałaby, aby Ani chociaż raz było smutno, bo Ania jest miła, ale...

O Ani, która się nie smuci

Ania urodziła się jako kolejne dziecko w rodzinie, w której nie działa się dobrze. Mama dziewczynki nie zdecydowała się na zabranie jej do

domu, co można rozumieć również jako próbę ochrony najmłodszej córki przed tragicznym losem, który stał się udziałem jej starszego rodzeństwa. Nie wiadomo, dlaczego nie zrzekła się praw rodzicielskich; dałoby to być może Ani szansę na wczesną adopcję i gdyby miała szczęście – również na dobry rozwój. Może jednak porzuciła Anię, tak jak „porzuca” samą siebie, pijąc, nie dbając o swój los, co niewątpliwie prowadzi do przedwczesnej śmierci. Tym samym nie potraktowała Ani lepiej niż siebie samej.

Matki mogą się zaopiekować swoimi dziećmi wówczas, gdy same wcześniej doświadczyły opieki. Mama Ani widocznie tej opieki nie doświadczyła. Podczas rozmów z kobietami, które urodziły dzieci, niemal natychmiast pojawiają się wspomnienia o matce, o tym, jaka była czy jest. To najbardziej pierwotna relacja, którą w różnych konstelacjach odtwarzamy całe życie, czy tego chcemy, czy też nie. Badania dotyczące kobiet, których matki nie były wystarczająco dobre, wykazują, że kobiety te mają skłonność do wiązania się z mężczyznami bardziej od nich zaburzonymi, w przeciwieństwie do mężczyzn, którzy wiążą się z kobietami funkcjonującymi lepiej od nich. Mama Ani związała się z mężczyzną, który okazał się bardzo groźny dla niej i dla dzieci. Może uznała, że nie ma niczego, co mogłaby dać swojej córce. Nie umiała ochronić siebie, nie chroniła dzieci. Ania przebywała w szpitalu 17 dni. Przeżyła mimo opuszczenia. Głośne badania Spitzza (za: Bowlby 2007) nad opuszczonymi dziećmi pokazały tragiczny bilans opuszczenia. Wszystkie badane niemowlęta umarły. Aby nowo narodzone dziecko mogło przeżyć, potrzebuje kogoś, kto przytuli, zadba, otuli, odezwie się. Myślę, że w szpitalu była jakaś pielęgniarka, salowa, lekarz, ktoś, kto nie pozostawiał dziewczynki w samotności. Nie wiem, w jakim stanie była Ania, gdy trafiła do domu małego dziecka. Kilkakrotnie pytałam, czy opiekun się nie pomylił, ale w tym domu było 30 dzieci – noworodków, niemowląt i małych dzieci. Gdyby w Polsce znano teorię przywiązania (z lat 60.) i badania Spitzza, to może nikt nie wymyśliłby takiego domu, ale go wymyślono.

Moje doświadczenia w pracy z opiekunami dzieci w różnych instytucjach pomocy społecznej pokazują, że opiekunowie bardzo starają się znieczulić na cierpienie dzieci, bo inaczej sami znaleźliby się na granicy szaleństwa, zmagając się z bezradnością czy bólem kolejnego rozstania.

Dzieci przebywają bowiem w takich instytucjach czasem bardzo długo, tak długo, że robi się za późno. Opiekunowie starają się do nich nie przywiązywać (a to przywiązanie jest dla rozwoju dziecka najważniejsze), ponieważ zwykle są już po bardzo bolesnym doświadczeniu rozstania i nie chcą tego bólu więcej przeżywać (niektórych zdjęć nie mogą oglądać nawet po wielu latach!).

Winnicott (2010), podobnie jak Bowlby (2007), uważał, że adopcja powinna się odbyć przed 6. miesiącem życia dziecka. Gdy ktoś ma wątpliwości, warto popatrzeć na zdrowe 6-miesięczne dziecko i jego zaangażowanie w relację z matką. Allan Schore (2008), profesor psychiatrii i nauk biobehawioralnych Uniwersytetu Kalifornijskiego w Los Angeles, który zajmuje się psychopatologią rozwojową, teorią traumy, teorią więzi i psychoanalizą, pisze: „W pamięci behawioralnej można odnaleźć wierne odzwierciedlenie traumatycznych zdarzeń, które miały miejsce w dowolnym wieku, również w niemowlęctwie” (2008, 75).

Bardzo często pamięć zdarzeń kojarzymy wyłącznie z pamięcią werbalną; wiemy, że pierwsze lata życia dziecka są dla jego rozwoju bardzo ważne, ale gdy dziecko ma 13 lat, zapominamy, że miało jakiś początek, który został zapisany w jego pamięci – emocjonalnej i behawioralnej – oraz w reakcjach ciała. Joseph Heller w książce *Coś się stało* pisze tak: „Jeśli zwyczajnie po bezsennej nocy nerwy mi wysiadają, niemal czuję zbliżające się nieszczęście, i to przeczucie rośnie i płynie ku mnie poprzez matowe szyby w drzwiach. Ręce mi potnieją, głos brzmi dziwnie. Ciekaw jestem dlaczego. Coś musiało mi się kiedyś stać” (1979, 7).

Ania przebywała w domu małego dziecka rok i 8 miesięcy. Opiekunowie zmieniali się, może któryś z nich lubił Anię. Jest ładną, inteligentną dziewczynką, pewnie była takim samym niemowlęciem. John Bowlby pisał, że niemowlęta, które są bardziej aktywne i się uśmiechają, mają większe szanse na pozyskanie dorosłego do kontaktu niż niemowlęta bierne. Miałam możliwość zapoznania się z opinią psychologiczną Ani, sporządzoną przed opuszczeniem przez dziewczynkę domu dziecka. Psycholog napisał, że „Ania rozwija się z nieznacznym jedynie

opóźnieniem, jest pogodna i agresywna”. Zastanawiałam się, co należy rozumieć pod pojęciem „agresywna”. Przede wszystkim pomyślałam, że Ania walczyła o swoje potrzeby, że tak przejawiała się u niej wola życia. Nie była apatycznym niemowlęciem, które czeka, aż ktoś je zauważy, ale sama aktywnie dążyła do tego, aby zostać zauważoną. Przebywała w domu dziecka krócej niż jej starsza o rok siostra. Mój niepokój wzbudziło określenie „pogodna”. Poznałam Anię, gdy miała 10 lat. Ciągłe się uśmiechała, ale miałam poczucie, że jej ze mną nie ma, że tkwi głęboko w strasliwym przerażeniu, że za chwilę zostanie po raz kolejny opuszczona. Nie była pogodna, była uśmiechnięta samym uśmiechem, bez Ani.

Ania w nowym domu

Ania wraz ze starszą siostrą trafiły do rodziny zastępczej. Opiekun wspomina Anię jako przyjazną, otwartą, domagającą się czułości. Właśnie to domaganie się czułości, coś, co opiekun nazwał otwartością i przyjaznym nastawieniem, było strategią przetrwania, nie wyrazem poczucia bezpieczeństwa czy ufności, pewnego przywiązania, o którym pisał J. Bowlby. Opiekun pamięta również, że Ania niczego się nie bała. Gdy niespełna 2-letnie dziecko niczego się nie boi, to tak naprawdę oznacza, że jego przerażenie jest tak duże, że nie może już czuć żadnego lęku.

Jest bardzo wiele spraw i rzeczy, których może się obawiać 2-letnie dziecko: rozstanie z rodzicem, obca twarz, nagła zmiana, nieznanymi dźwiękami. Dwulatek ostrożnie bada rzeczywistość, raz po raz sprawdzając, czy matka znajduje się w pobliżu, jest jak na niewidzialnym pasku, nie oddali się zbyt daleko. Gdy się jednak nazbyt oddała, nie obawiając się nikogo, to coś jest nie tak. Zdrowy dwulatek ma 2 lata, nie więcej i nie mniej. Gdy zaczyna zachowywać się jak starsze dziecko lub dorosły, to w dużym stopniu coś jest nie tak.

W trakcie rozmowy opiekun przypomniał sobie, że Ania obawiała się małej muszki, bała się, że owad ją ugryzie. Melanie Klein (2007) uważała, że dziecko boi się tylko tego, co może znieść. Ania mogła znieść tylko małą muszkę, wszystko inne było za duże. Była bardzo grzeczna, podporządkowana, miła. Opiekunka przypomina sobie, że bardzo lubiła

się myć, trudno było ją wygonić z wody, zawsze była bardzo czysta, nosiła czyste ubranka. Gdy małe dziecko stara się być takie bardzo czyste, z wewnętrznego przymusu, to co to może oznaczać? Zdrowe kilkuletnie dziecko jest w fazie intensywnej aktywności ruchowej, poznaje świat, ma wiele do powiedzenia, demonstruje swoją wolę, stara się wiele rzeczy robić po swojemu. Najprościej można powiedzieć, że się brudzi, nie tylko piaskiem w piaskownicy, lodami czy farbami, lecz także różnymi wzbudzonymi przez aktywność wewnętrzną i zewnętrzną uczuciami: złością, niechęcią, nienawiścią, zawiścią, chęcią zniszczenia.

Ania zachowała się w pamięci opiekunów jako miłe, niesprawiające specjalnych kłopotów dziecko. Można myśleć, że sprawdzała, czy otoczenie, w którym się znalazła, jest wystarczająco bezpieczne do wyrażenia bólu i cierpienia. Może wiedziała już, że nie warto się przywiązywać, bo za chwilę znajdzie się w innym miejscu – jest to wiedza dzieci, które tułają się od rodziny do rodziny, od instytucji do instytucji. Towarzyszy im niepewność co do ich losu, miejsca, w którym mogą się znaleźć. Starają się być najgrzeczniejsze na świecie, własny ból chowając bardzo głęboko.

Ania miała kłopoty z jedzeniem – jadła tak dużo, że wymiotowała, aby za chwilę jeść. Małe dziecko może tak jeść z kilku powodów, które jak sądzę, u Ani się na siebie nałożyły. Aby wyjaśnić kłopot Ani, musimy się cofnąć do narodzin. Gdy niemowlę jest głodne, jego ciało staje się jednym wielkim głodem. Dziecko łapczywie ssie pierś matki, a gdy musiało czekać zbyt długo, ssie tak łapczywie, że może zadać matce ból, może też odmówić jedzenia. Ale matka reaguje na sygnały swojego dziecka, koi je i przytula. Dziecko stopniowo uczy się, że może się czuć bezpieczne – jedzenia i miłości matki wystarczy. Przekonuje się, że nawet jeśli matki w tej chwili nie ma, to może mieć fantazję piersi, co umożliwi mu w miarę spokojne czekanie na matkę.

W karmieniu dziecka chodzi nie tylko o pierś pełną mleka, lecz także o miłość matki, jej troskę, kojący głos, przytulenie. Gdy tego nie ma, mleko, karmienie stają się konkretnym substytutem miłości, matką, której jest zawsze za mało, bo samo mleko nie zaspokoi pierwotnego, bardzo dolegliwego deficytu dziecka. Niemowlę przeżywa głód jak zagrożenie życia; matka pomaga mu w nauce wyodrębniania poczucia

głodu z innego dyskomfortu, czyni głód bardziej znośnym. Gdy nie ma matki, staje się nią pokarm, rzecz; dziecko zмага się jednak z psychicznym jej brakiem, którego konkretny pokarm nie zaspokoi. Pewien dorosły pacjent, zmagający się z tym pierwotnym deficytem miłości i opieki, powiedział mi pewnego dnia: mam pieniądze, mogę kupić wszystko, co chcę, pojechać, dokąd chcę, wyglądać, jak sobie zamierzę, ale nie sprawia to, że czuję się lepiej, ciągle czuję ten brak.

Katastrofa

Wydawało się, że wszystko idzie dobrze, ale coś się stało. Nie potrafię ustalić, w którym to było momencie ani co się wydarzyło. Ania też nie wiedziała, pewnie pomyślała, że ta katastrofa jest z jej winy. Rodzina się rozpadła. Ania trafiła do rodzinnego domu dziecka, razem ze swoją o rok starszą siostrą i 15-letnim bratem. Spotkanie ze starszym bratem okazało się dla Ani traumatyczne. Przedwcześnie rozbudzony seksualnie chłopiec w relacji z małą dziewczynką nie skontrolował seksualnych impulsów i Ania stała się jego ofiarą. Po pewnym czasie chłopiec został odizolowany od dziewczynki i umieszczony w ośrodku wychowawczym.

Wydawało się, że Ania będzie mogła się poczuć bezpiecznie. Ale tak się nie stało. W tym samym domu przebywał inny chłopiec, którego historia jest pewnie nie mniej dramatyczna niż losy Ani, niespełna 18-letni, sprawiający dużo lepsze wrażenie niż dziewczynka. Okazało się, że jest dla Ani bardzo niebezpieczny, powtórzyła się taka sama historia jak z bratem. Wysiłki, aby go odizolować od dziewczynki i pozostałych dzieci, nie powiodły się. Żaden ośrodek nie chce przyjąć chłopca, oczekuje bowiem gwarancji, że nie dopuści się on seksualnej przemocy. Specjaliści takiej gwarancji nie dają. Właśnie wtedy poznałam Anię. Opiekun z rodzinnego domu dziecka poprosił o konsultację, ponieważ szkoła zgłaszała poważne problemy dziewczynki w nauce.

Konsultacja

Ania miała 10 lat. Jej rozwój intelektualny nie budził żadnego niepokoju. Jednak w badaniu inteligencji testem Wechslera dziewczynka uzyskała wyjątkowo niski wynik w skali – rozumienie słów i definiowanie pojęć.

Można przypuszczać, że gdyby rozwijała się w bezpiecznych warunkach, to zapewne swobodnie używałaby wielu słów i korzystałaby z nich w formułowaniu własnych myśli. Ania przede wszystkim musiała przeżyć w zagrażającym jej otoczeniu, a o wielu wydarzeniach w swoim życiu nie mogła nawet pomyśleć, tak były przerażające. Nie mogła więc nazwać czegoś, o czym nie mogła nawet pomyśleć, nazwanie byłoby przywołaniem do istnienia czegoś, czego nie miało być. Gdy w psychiczne nieistnienie wypierane są zdarzenia, przeżywane uczucia, to wypierane są również słowa, które są z tymi zdarzeniami skojarzone. U Ani takich słów było bardzo dużo – bo nie może istnieć coś, czego nie może być, nasz umysł tego nie pojmuje i umysł Ani też nie pojmował.

Ania siadła na fotelu, a jej ciało sprawiało wrażenie stężalego. Pomyślałam, że przyszło do mnie dziecko tak cierpiące, że ja w kontakcie z nim nic nie czuję. Ania powiedziała, że przyszła, „bo robi brzydkie rzeczy”. Sprawiała wrażenie kogoś, kto śledzi każdy mój ruch, każde moje spojrzenie, a jednocześnie całym ciałem słucha, patrzy, czuje, co się dzieje na zewnątrz, jakie dochodzą dźwięki. Czujna do granic możliwości, nastawiona na przetrwanie. Powiedziała, że jedzie karetka. Ja nie wyodrębniałam tego dźwięku z szumu zza okna, ale gdy Ania powiedziała o karetce, też ją usłyszałam. Opiekunka wyszła z gabinetu i miała wrócić za 50 minut. Gdy powiedziałam, że może niepokoi się z powodu wyjścia opiekunki, zaprzeczyła.

Powiedziała, że niczego się nie boi. Po chwili dodała, że budzi się w nocy, jak chodzi chomik, i boi się tych kroków. Pomyślałam, że śpi bardzo czujnie, w pokoju obok śpi jej wróg – czy ktoś z nas mógłby wówczas spać? Może się bać kroków maleńkiego chomika, tak jak kiedyś bała się maleńkiej muszki, bo wszystko inne jest zbyt przerażające, żeby się tego obawiać. Musi zatem przestać istnieć nie tyle to, co przeraża Anię, ile sama Ania.

Podczas całej konsultacji Ania uśmiechała się do mnie uśmiechem bez Ani, bo Ania była na zewnątrz, śledziła opiekunkę, widziała katastrofę zagubionej i niewracającej po nią opiekunki. Ta nieistniejąca Ania zaczęła rysować rodzinę; nigdy nie dokończyła rysunku, chociaż podejmowała wiele prób. Czy ten rysunek mógł zostać dokończony

w sytuacji, w której los Ani był tak niejasny? Dziewczynka więcej powiedziała o sobie stężeniem swojego ciała w fotelu i niedokończonym rysunkiem, niż zdołałyby wypowiedzieć jakiegokolwiek słowa. Ania była w moim gabinecie i zarazem jej nie było.

Opiekunka zdwoiła wysiłki, aby chłopiec, który krzywdził Anię, został zabrany z jej domu, jednak bezskutecznie. Wiem, że przebywa tam do tej pory; do tego domu skierowano 6-letnie dziecko. Ktoś w swoim umyśle unieważnił to, co się przydarzyło Ani. Dzieci mówią, że Ania się puszczała, ale szkoda, że odeszła. Można sądzić, że gdy Ania stała się wybraną ofiarą, pozostałe dzieci były bardziej bezpieczne.

Powiedziałam Ani, że na czas konsultacji będzie miała u mnie swoją szufladę. Uważałam, że nie może korzystać z terapii, dopóki mieszka z chłopcem, który ją krzywdzi. Prowadzenie terapii w takich warunkach można porównać do prowadzenia jej podczas trwania wojny. Czujność i niebywała wrażliwość zmysłów są potrzebne do przeżycia. Ania znajdowała się w stałym niebezpieczeństwie. Zostawiła swoje niedokończone rysunki i zniknęła na kilka miesięcy. Gdy wróciła, weszła do gabinetu i powiedziała, że nie skończyła rysunku. Na szczęście miałam jeszcze jej szufladę. Pamiętała, która to była. Nie rozgościła się u mnie. Krzywdzący ją chłopiec dalej mieszkał w tym samym domu, ale opiekunka powiedziała mi, że Ania będzie mogła wrócić do swojego pierwszego opiekuna. Miałyśmy się spotkać jeszcze kilka razy, jednak nie było nam to dane. Pojawiałam się i znikam w jej życiu, wpisałam się w tę specyfikę doświadczenia dziecka. Ania zniknęła, ja zniknęłam dla Ani.

Powrót Ani – czy Ania ma jeszcze nadzieję

Ania nie pamiętała, że rysowała, ale wiedziała, który rysunek nie jest jej. Była inna, zdecydowanie mniej nieobecna. Gdy weszła do gabinetu, powiedziała, że chce grać w zaginione miasta. Nie pamiętała zasad tej gry albo je pamiętała, ale chciała, żeby gra toczyła się według jej reguł. Uśmiechała się do mnie i grała. Bardzo skupiła się na tym, aby karty ułożone były we właściwym porządku, wygrana była nieistotna. Wygrać miałam ja. To moje punkty miały zostać policzone. Nie miałam przegrać, Ania troszczyła się o to; skupiła się na układaniu kart we

właściwym porządku. Ten porządek był dla niej najważniejszy – nic dziwnego, to jego najbardziej potrzebowała w swoim nieuporządkowanym życiu.

Poczułam się bardzo niezręcznie z powodu swojej wygranej, gdyż Ania sprawiała wrażenie dziwnie bezradnej. Dzieci bardzo często chcą grać ze mną w różne gry, ogrywają mnie, zmieniają nagle zasady albo coś, co było wygraną, nagle staje się przegraną. W ostateczności, gdy gra jest bardzo prosta, wmawiają mi, że źle widziałam. Takie mają doświadczenia z dorosłymi, pokazują mi to, co stało się ich udziałem.

Ania bezradnie przegrywała, ale miałam wrażenie, że to jest kontrolowana przegrana. Ania ma umysł nastawiony na przetrwanie, wygrać ze mną nie byłoby dla niej żadnym problemem. Czasem przesada staje się tym, co chroni przed bólem. Można pomyśleć, że doświadczenie nauczyło Anię, że w jej życiu wszystko układa się nie tak, co wiąże się z nieznośnym cierpieniem. Jedynym sposobem na poradzenie sobie z własną bezradnością, która nieodłącznie wiąże się z tym cierpieniem, jest uczynienie owego „nie tak” jeszcze większym „nie tak”, bo tylko wówczas to „nie tak” pozostaje pod kontrolą i pozwala dziecku wydobyć się z nieznośnego uczucia skrajnej bezradności. To właśnie może dlatego miałam poczucie, że Ania kontroluje sytuację. Przegrana, na którą ma się pełen wpływ, jest przegraną, która mniej boli.

Podczas gry w warcaby było jeszcze gorzej. Ania bardzo starannie wybierała gry. Niektóre z nich zostały natychmiast odrzucone, np. takie, gdzie o wygranej w znacznym stopniu decyduje rzut kostką. Rzut kostką, przypadkowość czynią wynik gry mniej możliwym do skontrolowania, chociaż zdarzało mi się grać z dziećmi, które mówiły mi, że źle widzę. Ania tego wariantu na razie nie wybrała. Traciła kolejne pionki, pokazywała mi, który powinnam jej jeszcze zabrać, gdy to umknęło mojej uwadze, zabrała mi kilka, ale miałam wrażenie, że chciałaby mi je oddać. Czułam się jak ktoś okrutny, bezwzględny, kto nie pozwala dziecku wygrać, a jednocześnie jak ktoś, kto bezradnie odgrywa przypisaną mu rolę. Przegrana Ani nie była zwykłą przegraną, była miążdżąca, a ja nie byłam zwykłym wygranym, lecz kimś bezwzględnym, nieczułym, okrutnym.

Zwykle jest mi trudno wygrać z dziećmi, nawet w bardzo proste gry, mimo że się staram. Czasem tych gier nienawidzę, a gra w Piotrusia budzi we mnie dreszcze. Podczas gry z Anią co najmniej się nie lubiłam. Gdy Ania zaproponowała grę w bierki, wiedziałam, że będzie tylko gorzej. I było. Tym razem wygrywała Ania, patrząc mi w oczy, podnosiła kolejne bierki, gdy inne poruszały się w sposób widoczny, śmiała się ze mnie bezgłośnie, zostawiła mi kilka, kiedy poruszyłam którąś przy podnoszeniu innej. Złapałam się na tym, że miałam ochotę ją oszukać. To przykre doświadczenie, pomyśleć o sobie jak o oszuście.

Opiekunowie często mówią mi, że w kontakcie z dziećmi, które przeżyły za dużo, nie radzą sobie z siłą swoich uczuć. Czują się okrutni, bezwzględni i źli, są przerażeni, bo siła wyzwolonych uczuć podważa ich dotychczasowe myślenie o sobie; nie poznają samych siebie. Bardzo często jest to siła uczuć dziecka, którym się opiekują, a wyzwolone własne traumatyczne przeżycia jedynie ją zdwajają.

Można bardzo dokładnie przeanalizować, co zdarzyło się podczas mojego spotkania z Anią. To, na co pragnę zwrócić uwagę, to ochrona przed bólem. Mam wrażenie, że stanowi ją kontrola, iluzja wpływu na własny los poprzez prowokowanie do odrzucenia, niechęci, wrogości. Ania może mieć wówczas poczucie, że wpływa na to, że zostanie odrzucona, opuszczona, okrutnie potraktowana. To oznacza jednak, że wówczas sama traktuje siebie okrutnie, co staje się nie do zniesienia. Wtedy by na chwilę lepiej się poczuć, bezwzględnie, bez żadnych zasad wygrywa ze mną w bierki.

Herta Müller (2009) w książce *Dzisiaj wolalabym siebie nie spotkać* pisze, że w stanie, w którym słowa straciły znaczenie, nie chodzi o życie, tylko o szczęście. Można rozumieć, że chodzi o to, aby przez chwilę poczuć się dobrze. Takie miałam wrażenie, gdy Ania chciała ze mną grać w gry. To jakby grać w warcaby w walącym się domu lub pod ostrzałem wojennym. W świecie Ani albo doświadczą się okrucieństwa, opuszczenia, odrzucenia, albo samemu opuszcza się, przeraża, dręczy. Jakby nie było innej możliwości. Ta możliwość pojawiłaby się, gdyby można było wspólnie z Anią pomyśleć o tym, co się z nią dzieje.

Jednak gdybyśmy pomyślały, to wówczas pojawiłaby się rozpacz, bezdenny smutek, a tego właśnie smutku nie może być, bo na razie jest on nie do zniesienia i nie wiadomo, czy będzie do zniesienia kiedykolwiek. Dlaczego uważam, że Ania nie straciła nadziei? Przyszła do mnie i pokazała swój świat. Mogła tego nie robić. Konsultowałam już takie dzieci. W opiekunach poza skrajnymi uczuciami budzi troskę i współczucie.

Jak konflikt wewnętrzny przejawia się w życiu

Opiekunowie są dziewczynce bardzo oddani. I zrozpaczeni. Nie rozumieją, co się z nią dzieje, pamiętają ją z czasu, gdy była u nich, i mają wrażenie, że przyszedł do ich domu ktoś, kogo zupełnie nie znają. Nie mogą spać, cierpią z powodu różnych dolegliwości somatycznych, nie mogą jeść, mają mdłości, z trudem wracają do swojego domu po pracy; mają poczucie, że ich życie się rozpada, martwią się, bo chcieliby Ani pomóc, ale nie mają już sił. Opiekun ma poczucie, że za chwilę poważnie się rozchoruje. Jego żona czyta wszystko, co możliwe, żeby zrozumieć, co się dzieje z Anią. Musiała pochować wszystkie swoje rzeczy, biżuterię, kosmetyki, bo dziewczynka ją okrada. Nigdy się do tego nie przyznaje, jakby nie pamiętała, że to ona je ukradła. Nie chce się myć. W szkole ma prawie same jedyńki, a nauczyciele są skłonni myśleć, że opiekunowie nie dbają o dziecko. Opiekunowie podejrzewają, że niektórzy nauczyciele bardzo współczują Ani i wiele rzeczy za nią robią. Ania ma przygotowywane drugie śniadanie do szkoły, ale opiekun znajduje je w różnych miejscach już spleśniałe; jednocześnie Ania prosi w szkole o kanapkę, mówiąc, że jest głodna, bo w domu nie dostaje jedzenia. Niszczy bądź gubi ubrania, które dostaje od opiekunów. Nie przywiązuje się do żadnej rzeczy, mówi, że jest jej wszystko jedno. Na śmierć zwierzęcia w domu nie zareagowała.

Zachodzi obawa, że spotyka się z jakimś mężczyzną, który okazuje jej niepokojące zainteresowanie. Ania robi straszliwe awantury o mycie zębów czy wykonywanie drobnych rzeczy w domu. Opiekunowie czują się przez nią wyszydzani, dewaluowani, pogardzani, bezwzględnie traktowani, wykorzystywani, niszczeni, ośmieszani. Okradani. W swoim domu zaczynają tworzyć rodzaj fortecy, aby znieść własną bezradność,

poczucie winy, przerażenie. Z dnia na dzień jest coraz gorzej. Bardzo się starają nie ulegać awanturom i egzekwować stosowanie się do podstawowych zasad, które są ważne w ich rodzinie. Jednocześnie bywa też tak, że Ania pomaga przy różnych czynnościach domowych, bardzo się stara. Budzi w opiekunach skrajne uczucia – od troski i współczucia po wściekłość, przerażenie, wstręt, grozę. Wewnętrzny świat Ani został odtworzony w relacji z opiekunami. D. Winnicott w swoim eseju o zachowaniach antyspołecznych jako wyrazie nadziei pisze: „(...) skłonności antyspołeczne są nieodłącznie związane z deprivacją. Dziecko, które doświadczyło takiej deprivacji, w pierwszym rzędzie doświadczyło niemożliwego do pomyślenia lęku, a potem stopniowo przeorganizowało się w kogoś, kogo prawie nie ma: stan ten osiąga poprzez uległość, ponieważ nie ma siły, by zrobić cokolwiek innego. Ten stan może być całkiem satysfakcjonujący z punktu widzenia osób, które się nim zajmują. Wtedy, z tej lub innej przyczyny zaczyna się pojawiać nadzieja, a to oznacza, że dziecko, nie będąc świadome, co się dzieje, zaczyna odczuwać dążenie, by wrócić do okresu sprzed momentu deprivacji i w ten sposób unieważnić strach przed niemożliwym do pomyślenia lękiem lub pomieszaniem, jakiego doświadczyło, zanim prawie przestało istnieć (...). Kiedy tylko warunki dają dziecku nową nadzieję, wtedy skłonności antyspołeczne stają się cechą kliniczną, a dziecko robi się trudne” (2010, 91).

Kilka lat temu miałam możliwość konsultowania na oddziale psychiatrycznym młodej dziewczyny, o wysokiej inteligencji, która okradała tylko te osoby, które wiele dla niej znaczyły – bliską koleżankę, kobietę, u której wynajmowała mieszkanie i która okazała jej dużo serca. Kradła rzeczy absolutnie bezsensowne, sama nie rozumiała, dlaczego to robi, ale można było odnieść wrażenie, że ukradzione przedmioty stanowiły dla niej część tych osób, jakby chciała zawsze mieć te osoby, by wypełniły puste miejsce po nieobecnej od urodzenia matce.

Jedna z opiekunek opowiadała mi o 3-letniej dziewczynce, która jest mistrzynią w okradaniu – nigdy nie wiadomo, kiedy to robi, ale zawsze ma coś ukradzonego. Opiekunka stara się chronić swoich gości, uprzedzać ich, ale to nie pomaga. Winnicott uważa, że „(...) matka, dostosowując się do potrzeb małego dziecka, umożliwia mu

znajdowanie obiektów w twórczy sposób. (...) Kiedy to zawodzi, dziecko traci kontakt z obiektami, traci zdolność, by znaleźć cokolwiek w twórczy sposób. W chwili nadziei dziecko sięga i kradnie obiekt. Jest to działanie przymusowe i dziecko nie wie, dlaczego to robi. Często dziecko czuje się szalone z powodu przymusu zrobienia czegoś, nie wiedząc, dlaczego to robi. (...) Ddziecko poszukuje zdolności do znajdowania, a nie samego obiektu” (2010, 91).

Zdaniem Winnicotta, gdy pojawia się nadzieja, dziecko wraca do czasu, zanim wszystko poszło źle i niejako ćwiczy to, czego ćwiczenie zostało uniemożliwione. Dzieci często szperają mamom w torebkach, a więc też zachowują się antyspołecznie, ale w toku normalnego rozwoju matka pomaga dziecku szukać pożądanego obiektu w możliwy do zaakceptowania sposób. „Analizując stopnie nasilenia (tego zachowania) na jednym krańcu znajdziemy coś, co kosztuje, przyjmując postać przymusowego działania, pozbawionego znaczenia (...), a na drugim końcu jest coś, co ciągle zdarza się w każdej rodzinie: na jakiś rodzaj względnej deprivacji dziecko reaguje działaniem antyspołecznym, na które rodzice reagują chwilowym pobłażaniem, co może pomóc dziecku przetrwać trudną fazę” (Winnicott 2010, 92).

Poruszająca historia Ani jest prawdziwa, nie wymyśliłam jej. Myślę, że może stać się początkiem dyskusji o zapobieganiu krzywdzie i jej narastaniu w sytuacji pomagania.

Smutek, poczucie bezradności, bezsilność, lęk i przerażenie, które odczuwamy, poznając historię takich dzieci jak Ania, są trudne do zniesienia dla każdego z nas. Chcielibyśmy znaleźć szybkie i konkretne rozwiązanie problemu, które przyniosłoby ulgę tej dziewczynce, a nam pozwoliło odzyskać spokój i poczucie dobrze spełnionego obowiązku. Świadomość, że traumatyczne przeżycia zostawiają w psychice trwałe ślady, również na poziomie strukturalnym, zmusza nas do zastanawiania się, jak zapobiegać poważnym zaburzeniom rozwoju i jak je leczyć. Opiekunowie zastępczy, rodzice adopcyjni, wychowawcy szybko orientują się, że w przypadku wczesnego opuszczenia dziecka, jego skrzywdzenia w znaczącej relacji z rodzicami, zwykłe metody wychowawcze nie działają, a dzieci wymagają

profesjonalnego leczenia. Gdy komuś rozpada się świat, zanim został solidnie zbudowany, tak jak rozpadał się tej dziewczynce, to najpierw trzeba się „rozejrzeć”, co pozostało niezniszczone, co legło w gruzach, a czego nie ma. Specjalistyczna diagnoza psychologiczna tym samym musi obejmować badanie więzi, reakcji posttraumatycznych, poziomu integracji psychicznej, zakresu dysocjacji, dominujących mechanizmów obronnych, poziomu funkcjonowania intelektualnego dziecka oraz reakcji na frustrację. Opiekunowie muszą wiedzieć, z jak cierpiącym dzieckiem mają do czynienia. Diagnoza nie jest stygmatyzacją – stanowi punkt wyjścia do działań wobec dziecka, zapobiegających jego wykluczeniu i zapewniających specjalistyczną pomoc. To wiedza i rozumienie dorosłych chronią dziecko przed zbędnym cierpieniem. Gdy mała dziewczynka się złości i bardzo trudno ją uspokoić i powstrzymać od zrobienia sobie lub komuś krzywdy, dobrze jest wiedzieć, że tak objawia się jej rozpacz z powodu wyjazdu opiekunki. Zapytana zaprzeczy, że opuszczenie przez opiekunkę ma dla niej jakiegokolwiek znaczenie. Tęsknota w jej psychicznym świecie jest zakazana, a smutku nie może być. Trzeba bardzo wiele zrozumienia ze strony dorosłego, zanim dziecko będzie mogło czuć i smutek, i tęsknotę. Bez czucia smutku, tęsknoty, nie można odczuwania też radości. Dzieci, które przeżyły zbyt wiele, źle się zachowują, szczególnie wówczas, gdy poczują się bezpiecznie. Ten pozorny paradoks, zrozumiały klinicznie, naraża opiekunów na krytykę ze strony otoczenia. Powszechne pozostaje przekonanie, iż sam pobyt dziecka w rodzinie zastępczej i właściwa opieka są wystarczające do tego, aby dziecko dobrze się uczyło i zachowywało. Z naszej świadomości umyka fakt, że dzieci mają swoją historię życia od urodzenia, często bardzo dramatyczną, obfitującą w utraty i opuszczenie. Psychika dziecka nie jest przygotowana do poradzenia sobie z utratą rodziców, realną lub psychiczną, tak jak my nie jesteśmy przygotowani do tego, aby poradzić sobie z utratą dziecka. Ten swój trudny świat i dominujące w nim uczucia bezradności, opuszczenia, złości i agresji dziecko wnosi w rodzinę, do której przychodzi. Gdy opiekun wie i rozumie zbyt mało, to już tylko krok od podjęcia decyzji o zmianie miejsca pobytu dziecka. Moje doświadczenie mówi, że bardzo pomagają opiekunom, a w konsekwencji dzieciom,

specjalistyczne superwizje, które nadają znaczenie przeżyciom dziecka, porządkując tym samym myślenie opiekunów o dziecku i relacji z nim. Cierpiące dziecko w każdym z nas wywołuje bardzo silne uczucia. Proces zdrowienia dziecka dokonuje się w relacji z opiekunem, w stałym jej zakłócaniu tymi bardzo trudnymi uczuciami i uczeniu się, że jest dorosły, który pomoże znieść psychiczny ból. Na tym polega naprawa. Do takiej naprawy potrzebny jest rozumiejący i mądry opiekun, nauczyciel, który wie, że czasem dwa dodać dwa nie jest zwykłym dodawaniem, lecz bolesnym wspomnieniem. Potrzebny jest pedagog, który identyfikuje sytuacje powtarzania traumatycznego przeżycia w relacjach z dziećmi, a także psychoterapeuta, który pomagając dziecku, pomoże opiekunowi zrozumieć to, co w zachowaniu dziecka wydaje się zupełnie niezrozumiałe. Nie ma innej drogi, aczkolwiek czasem łudzimy się, że ona istnieje. Nie zbudujemy domu bez fundamentów, nie postawimy pierwszego piętra, gdy nie ma parteru. Ta sama zasada obowiązuje w rozwoju psychicznym i nie ma żadnej drogi na skróty.

Literatura:

Alvarez A., 1992, *Live Company: Psychoanalytic Psychotherapy With Autistic, Borderline, Deprived And Abused Children*, Tavistock/Routledge, London.

Bowlby J., 2007, *Przywiązanie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

Cozolino Louis J., 2002, *Neuronauka w psychoterapii*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań.

Cramer B., 2008, *Co wyrosnie z naszych dzieci*, Wydawnictwo Nisza, Warszawa.

Garland C. (red.), 2009, *Czym jest trauma. Podejście psychoanalityczne*, Oficyna Wydawnicza Ingenium, Warszawa.

Heller J., 1979, *Coś się stało*, PIW, Warszawa.

Holmes J., 2007, *John Bowlby*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.

Klein M., 2007, *Pisma*, t. II, *Psychoanaliza dzieci*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.

Müller H., 2005, *Król kłania się i zabija*, Wydawnictwo Czarne, Wołowiec.

Müller H., 2009, *Sercątko*, Wydawnictwo Czarne, Wołowiec.

Müller H., 2009, *Dzisiaj wolalabym Ciebie nie spotkać*, Wydawnictwo Czarne, Wołowiec.

Schore A. N., 2009, *Zaburzenia regulacji prawej półkuli mózgowej: podstawowy mechanizm traumatycznego przywiązania i psychopatogenezy stresowego zaburzenia pourazowego [w:] Od neurobiologii do psychoterapii* pod red. Sławomira Murawca, Cezarego Żechowskiego, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.

Winnicott D., 2010, *Dom jest punktem wyjścia. Eseje psychoanalityczne*, Wydawnictwo Imago, Gdańsk.

Grażyna Lewko – psycholog dziecięcy, licencjonowany psychotraumatolog z wieloletnią praktyką kliniczną w zakresie terapii dzieci i rodzin. Temat artykułu oraz warsztatów omawia obraz kliniczny dzieci trafiających do rodzinnej opieki zastępczej i specyficzne metody pracy z takimi dziećmi.

„T” Dziecko Dziecko z doświadczeniem kompleksowej traumy

Leszek Drozdowski
NSLT – Narodowa Sieć Leczenia Zaburzeń Regulacji
Emocji i Stresu Traumatycznego Dzieci i Młodzieży,
Stowarzyszenie SOnDiR – Warszawa

Kim jest „T” Dziecko?

Judith Herman we wstępie do książki *Treating Complex Traumatic Stress Disorders* (Courtois, Ford 2009) pisze: „Czasem całość jest czymś więcej niż tylko sumą poszczególnych części”. Istotą obrazu klinicznego „T” Dziecka jest kompleksowość zaburzeń. Układają się one w całościowy, spójny obraz. Organizm narażony w tzw. krytycznych okresach rozwojowych na powtarzające się poważne traumatyczne zagrożenia, zaniedbania, nadużycia ze strony rodzica lub innego podstawowego opiekuna (Courtois, Ford 2009, 13), tworzy nieprawidłowy model równowagi. Kluczem zarówno do zrozumienia takiego dziecka, jak i do profilaktyki oraz leczenia jest umiejętność widzenia całości organizmu w jego otoczeniu rodzinnym i społecznym. Niewiele uzyskamy, lecząc poszczególne objawy czy korygując poszczególne zachowania. Jeden z rodziców zastępczych przedstawił to tak: „oduczyliśmy go kraść (...), wtedy zaczął żebrać”.

Na całym świecie dzieci z zaburzeniami posttraumatycznymi „kolekcjonują” w swoim życiu wiele diagnoz (van der Kolk 2005, 405). Czytając ich dokumentację, napotykamy: „zaburzenia opozycyjno- buntownicze”, lękowe, ADHD, agresję, uzależnienia, psychozy, Zespół Aspergera i wiele innych.

Czasem – i jest to pozytywna tendencja – spotykamy się z diagnozą PTSD (zespołu stresu pourazowego). Rzecz jednak w tym, że większość dzieci z kompleksową traumą nie spełnia podstawowych kryteriów PTSD (van der Kolk 2005, 406).

Często też dzieje się tak, że dziecko nie posiada żadnej diagnozy, nawet gdy obraz kliniczny to ewidentnie zaburzone emocje, nieprawidłowy model postrzegania i przetwarzania informacji oraz nieprawidłowo ukształtowany model relacji społecznych.

Julian D. Ford (Courtois, Ford 2009, 31), jeden z liderów psychotraumatologii dziecięcej, używa określenia *survival brain* – „mózg przetrwania”. Żeby lepiej zrozumieć „T” Dziecko – dziecko z „mózgiem przetrwania”, zapoznajmy się na wstępie z wymienionymi poniżej czterema grupami zaburzeń (Drozdowski 2009 na podstawie van der Kolk i in. 2009), nie zapominając jednak o **kompleksowym** spojrzeniu. Rozłożymy więc problem na mniejsze części po to, aby zbudować z nich w rezultacie spójną całość.

Niestabilność uczuciowa i fizjologiczna

Dziecko wykazuje zaburzenia rozwoju kompetencji związanych z regulowaniem pobudzenia.

- Niezdolność do modulowania, tolerowania lub wygaszania ekstremalnych stanów emocjonalnych.
- Zakłócenia w funkcjonowaniu organizmu (o niewyjaśnionych źródłach – niepoddające się opisowi w istniejących kategoriach medycznych).
- Zmniejszone lub nieadekwatne odczuwanie doznań i stanów fizjologicznych, np. bólu, temperatury, zapachów, dźwięków (zakresy), obrazów (natężenie światła) etc.
- Nieumiejętność definiowania i opisywania emocji, uczuć lub stanów fizjologicznych.

Zaburzenia w zakresie uwagi i zachowania

Dziecko wykazuje zaburzenia rozwoju kompetencji związanych z zachowaniem koncentracji i trwałej uwagi, umiejętnością uczenia się czy radzeniem sobie ze stresem.

- Brak umiejętności przewidywania zagrożeń lub utrata zdolności do postrzegania zagrożeń, w tym błędne reakcje na niebezpieczeństwo.

- Utrata zdolności do obrony własnej.
- Podejmowanie ekstremalnego ryzyka lub poszukiwanie ekstremalnych emocji.
- Uporczywe zachowania samokojące (np. kołysanie i inne rytmiczne ruchy, uderzanie w przedmioty i części ciała, kompulsywna masturbacja itp.)
- Skłonność do nawykowych lub reaktywnych samoobrażeń.
- Niezdolność do zainicjowania lub utrzymania działań celowych.

Zaburzenia typowe dla PTSD (zespołu stresu pourazowego)

- Objawy ponownego doświadczania traumatycznych sytuacji, natrętne wspomnienia, niepokojące sny, psychologiczny i fizyczny dyskomfort związany z przypominaniem zdarzenia, tzw. *flash-back*.
- Unikanie myśli, uczuć, rozmów, miejsc, sytuacji lub osób, które kojarzą się z traumatycznymi zdarzeniami, oraz niemożność przypomnienia sobie ważnych okoliczności tych zdarzeń.

Zaburzenia samooceny i relacji

Dziecko wykazuje zaburzenia rozwoju kompetencji w zakresie poczucia tożsamości i angażowania się w związki.

- Nadmierne zaabsorbowanie bezpieczeństwem opiekuna lub innej bliskiej osoby.
- Nieadekwatne wchodzenie w relacje opiekuńcze lub nietolerancja na powtórne podjęcie opieki po okresie separacji.
- Utrzymująca się negatywna samoocena, w tym odczuwany wobec siebie wstręt, poczucie bezradności, własnej nieskuteczności lub „wadliwości”.
- Ekstremalna i trwała nieufność, bunt lub brak prawidłowych interakcji w relacji z dorosłymi i rówieśnikami.
- Reaktywna fizyczna lub słowna agresja wobec rówieśników, opiekunów lub innych dorosłych.

- Niewłaściwe (nadmierne zainteresowanie lub promiskuityzm) zachowania seksualne lub paraseksualne, próby uzyskania intymnego kontaktu.
- Utrata zdolności do regulowania pobudzenia wynikającego z mechanizmów empatii, np. brak empatii albo nietolerancja na stany emocjonalne innych lub sposoby wyrażania niepokoju, ale także nadmierne reagowanie na cierpienie innych.
- Brak dystansu lub nadmierne poleganie na rówieśnikach lub osobach dorosłych w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa. Nieseksualne próby uzyskania intymnego kontaktu z obcymi osobami.

Gdy opiekunom lub wychowawcom w dowolnej polskiej placówce opiekuńczo-wychowawczej zadajemy pytanie: „Jak wiele z waszych dzieci ma tego rodzaju zaburzenia?” – odpowiedź zawsze lub prawie zawsze brzmi: „Wszystkie”.

W powyższym twierdzeniu tkwi pewna pułapka. Nie istnieje dziecko, które choćby okresowo nie miało np. zaburzeń trawienia, bólowej głowy czy innych dolegliwości. Klucz do zrozumienia „T” Dziecka leży w skali zaburzeń i w ich trwałości¹.

Do celów diagnozy zaburzeń związanych z traumą stworzono kilkadziesiąt profesjonalnych narzędzi. Tu pokażemy źródła zaburzeń, a następnie na bazie przykładów „z życia wziętych” czytelnik będzie mógł sam wstępnie określić, czy rzeczywiście występują one u jego podopiecznych.

¹ Bessel A. van der Kolk (2009) i jego współpracownicy (członkowie Grupy Roboczej NCTSN – National Child Traumatic Stress Network, czyli ustanowionej przez Kongres Amerykański w 2000 roku sieci wiodących amerykańskich instytucji, uczelni i organizacji zajmujących się zarówno badaniami, jak i pracą kliniczną z dziećmi po doświadczeniu traumy) we wniosku o włączenie diagnozy posttraumatycznych zaburzeń rozwojowych u dzieci i młodzieży (DTD – Developmental Trauma Disorder) do piątej edycji amerykańskiej klasyfikacji psychiatrycznej DSM, określają liczbowo „niezbędne minimum” z powyższej listy upoważniające do tego rodzaju diagnozy (trzeba także pamiętać, że podstawowym kryterium do diagnozy DTD jest kryterium ekspozycji na interpersonalną traumę we wczesnym dzieciństwie).

Na wstępie nieco neurobiologii

Mózg jest systemem dynamicznym – rozwija się i zmienia w interakcjach z otaczającym środowiskiem, głównie społecznym, a w okresie prenatalnym i wczesnego dzieciństwa – przede wszystkim w relacjach z matką. Marc D. Lewis (2005, 252) nazwał rozwój mózgu procesem samoorganizacji. W trakcie tego procesu powstają miliardy komórek nerwowych – neuronów, i ich połączenia – synapsy (jak podaje Center on the Developing Child Harvard University – 700 synaps na sekundę). Równoległe miliardy komórek i synaps ulegają eliminacji (ang. *pruning* – przycinanie, oczyszczanie). Dzięki temu mózg dziecka dostosowuje się do otoczenia.

Obowiązuje przy tym fascynująca zasada „samowzmacniania”. Komórki, a zwłaszcza synapsy częściej używane, rozrastają się i generują procesy wzrostu w innych sąsiadujących neuronach (tzw. reguła Hebb’a i sformułowana przez Carlę Shatz zasada: *neurons that fire together – wire together* – „neurony, które zostały równocześnie wzbudzone, tworzą ze sobą połączenia”), a jednocześnie właśnie te większe i silniejsze są częściej używane (Lewis 2005, 264). Opisany proces działa także w kierunku odwrotnym: synapsy i neurony nieużywane są eliminowane.

Wyobraźmy sobie, że na świat przychodzi dziecko obdarzone talentem muzycznym, np. szczególną predyspozycją do gry na fortepianie. Oznacza to, że w jego mózgu i całym układzie nerwowym istnieje pewien szczególny układ – skomplikowana sieć połączeń nerwowych ukształtowana w taki sposób, że w pewnych obszarach jest więcej połączeń synaptycznych niż u innego dziecka: sprawniej działają dłonie, zmysł słuchu jest szczególnie wrażliwy, występuje prawidłowa koordynacja i integracja etc. Jest to głównie efektem przekazu genetycznego.

Po urodzeniu tak obdarowane przez naturę dziecko będzie spontanicznie poszukiwać doznań wzmacniających jego predyspozycje. Będzie chętniej niż rówieśnicy manipulować paluszkami i z fascynacją „wyłapywać” z otoczenia wszelkie dźwięki, a np. później zacznie

raczkować. W pewnym uproszczeniu – jeśli rodzice dziecka zauważą te predyspozycje i pošlą dziecko do szkoły muzycznej, talent się rozwinie i wyrośnie nam kolejny wirtuoz.

Przypomnijmy: w rozwoju obowiązuje „zasada samowzmacniania”. Dziecku łatwiej przychodzi manipulacja, potrafi rozróżnić pełen zakres dźwięków – w efekcie sprawia mu przyjemność np. zabawa paluszkami w takt muzyki. Dzięki temu w jego mózgu utrwalają się i rozrastają te drogi neuronalne, które są z tymi czynnościami związane.

Niezwykle istotna jest tu sprawa odczuwanej przez dziecko przyjemności. Jak pisze Antonio Damasio (2005, 175): „Nadrzędnym celem aktywności mózgu jest **przetrwanie w dobrym samopoczuciu (...)**”. Odczuwane emocje, w tym wypadku przyjemność, to efekt działania wytwarzanych przez organizm hormonów, które w naszym procesie rozwoju talentu muzycznego pełnią funkcję neuromodulatorów.

Sieć neuronalna nie jest bowiem jedynie siecią włókien – kabli i gniazdek – i ich połączeń. Sieć ta działa w oparciu o skomplikowane mechanizmy biochemiczne. Impuls przekazywany jest dzięki przemianie substancji chemicznych, a w synapsach dzięki tzw. neuroprzekaznikom. Procesy emocjonalne i powiązane z nimi hormony modulują – wzmacniają lub osłabiają – zarówno sprawność przepływu impulsów, jak i proces powstawania lub eliminacji (*pruning*) neuronów i synaps. Dzięki temu dziecko szybciej nauczy się tej czynności, która będzie często powtarzana i której wykonanie sprawiać mu będzie przyjemność.

Ta znana „od zawsze” zasada wychowawcza oparta jest obecnie na solidnych podstawach naukowych. Współczesne techniki neuroobrazowania ukazują **funkcjonalne różnice** w działaniu mózgu poszczególnych osób. Pokazują, jak życiowe doświadczenia „rzeźbią” nasz mózg, tworząc specyficzne dla każdego człowieka sieci połączeń neuronalnych.

Według takich samych zasad kształtuje się i rozwija mózg „T” Dziecka – dziecka z zaburzeniami posttraumatycznymi, w którego życiu podstawowym problemem było przetrwanie, a nie nauka gry na fortepianie.

Różnice w funkcjonowaniu mózgu – w kształcie sieci neuronalnych i procesach biochemicznych skorelowanych z fizjologią, odczuwaniem emocji, myśleniem, uczuciami – u dziecka z talentem muzycznym i dziecka lubiącego malować są subtelne. **Jednakże zmiany w funkcjonowaniu mózgu dziecka, które wychowywało się w rodzinie obciążonej syndromem przemocy, dziecka pozbawionego elementarnej opieki czy molestowanego, są ogromne. I dzieje się tak niezależnie od genetycznie uwarunkowanych predyspozycji i talentów, których najczęściej nikt u takiego dziecka nie dostrzega.**

Kluczowe w tym procesie są dwa obszary: sfera autoregulacji i sfera przywiązania.

Allan N. Schore, na konwencji Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego w 2009 roku w Toronto, odwołując się do publikacji z lat 1994-2009, podsumowując osiągnięcia naukowe w ostatnich 15 latach i ich interdyscyplinarny charakter (od neurobiologii do psychoterapii), wykazał, jak fundamentalne jest znaczenie urazów i deficytów przywiązaniowych, traumy i krzywdzenia dla rozwoju wszelkich form psychopatologii. Wskazał, jak wpływają one na organizację i połączenia pomiędzy poszczególnymi częściami układu nerwowego, zwłaszcza pomiędzy układem limbicznym a korą mózgową, oraz połączenia pomiędzy prawą półkulą mózgu (odpowiedzialną za emocje) a półkulą lewą. W powstałym na skutek traumatycznych doświadczeń „mózgu przetrwania” kluczowe dla opisywanych przez nas zaburzeń procesy pobudzenia i dysocjacji, generowane na niższych piętrach układu nerwowego, „sterują” zachowaniami dziecka, a organizm (mózg) nie ma właściwie ukształtowanych struktur do ich regulacji.

Schore stwierdził: „W drugiej połowie XX wieku obowiązywał głównie paradygmat behawioralny i następnie poznawczy, w którym koncentrowano się na znaczeniu rozumu i percepcji. Jednakże w okresie ostatnich 15 lat zarówno naukowcy, jak i klinicyści coraz bardziej koncentrują się na emocjach (...), rozwoju i komunikacji, jak również relacji umysłu do ciała (...) i na kontekstach społecznych”.

Mamy świadomość, że w Polsce w wielu środowiskach myśli się o pracy wychowawczej i sferze opieki nad dziećmi kategoriami z ubiegłego wieku, koncentrując się na takich pojęciach jak konsekwencja,

sprawny system kar i nagród wzmacniający przystosowanie, świadome posłuszeństwo, zachowanie dystansu emocjonalnego w relacji z wychowankiem etc.

Gdy mówimy o miłości i wartościach rodzinnych (np. w kontekście rodzinnej opieki zastępczej), to z takim założeniem, że wystarczy dziecko zabrać ze złego miejsca i umieścić w dobrym środowisku ze sprawnym systemem wychowawczym, aby się zdrowo rozwijało.

Dziecko po incydentalnym doświadczeniu przemocy lub dziecko, którego rodzina doświadczyła kryzysu, gdy chodziło do szkoły – prawdopodobnie tak.

Dziecko z zaburzeniami posttraumatycznymi wynikającymi z przeżyć i zaniedbań we wczesnym dzieciństwie, dziecko z patologicznym wzorcem przywiązania, pozbawione kompetencji w zakresie regulacji emocji – prawdopodobnie nie. Takie dziecko wymagać będzie ogromnej specjalistycznej i multidyscyplinarnej pracy. Pracy, która **uksztaluje funkcjonalną strukturę jego mózgu według prawidłowego rozwojowego wzoru.**

Ta prawda stopniowo upowszechnia się wśród opiekunów i specjalistów w Polsce. Między innymi dlatego, że aktualne dokonania wiodących światowych ośrodków naukowych w tej dziedzinie – prezentowane m.in. przez Schore’a – podkreśla i promuje w naszym kraju taki autorytet jak prof. Irena Namysłowska, konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży (za: Murawiec, Żechowski 2009, 10).

Wróćmy teraz jednak do praktycznego zilustrowania pierwszej, najważniejszej grupy zaburzeń – zaburzeń autoregulacji. W celu zwiększenia czytelności tekstu posługiwać się będą symbolami graficznymi:



– zagadnienie szczególnie ważne



– warto sięgnąć do źródeł naukowych



– uwaga na zagrożenie



– do przemyślenia



– z doświadczeń opiekunów i dzieci oraz literatury (wypowiedzi z zachowaniem oryginalnej pisowni; celem zapewnienia poufności imiona dzieci i inne elementy zostały zmienione)

Niestabilność uczuciowa i fizjologiczna

Dziecko wykazuje zaburzenia rozwoju kompetencji związanych z regulowaniem pobudzenia.



„(...) wystarczy chwila i ona najpierw tylko trochę zniecierpliwiona dostaje jakiegoś amoku, wrzeszczy, wyje, wygląda jak czarownica (...), wiesz się na zasłonach (...), boję się własnego dziecka (...), że gryzie to mała powiedziane, ona miażdży zębami wszystko, co jej trafi do ust (...), musi niszczyć, musi walczyć, nieważne czy to szafa, czy pies – musi być górą, musi wygrać”.

„(...) jak Piotruś się wkręci, to kończy się kompletną demolką całego domu (...), boimy się prosić o pomoc, bo przecież zrobią z nas jakąś patologię, a on jak go coś zdenerwuje – jak widelec wypadnie mu z ręki przy jedzeniu albo coś, to jest już najpierw rozpacz na całego, a potem wycie i demolka (...), nie umiem tego opanować (...), on musi się zmęczyć aż do końca, a potem siedzi i się kiwa i nic do niego nie dociera i tak jęczy, że serce mi prawie się zatrzymuje (...)”.

„Nie jestem uzdolnionym dzieckiem, jak dziewczynki, które siedzą w pierwszych ławkach, wesołe, miłe, z iskrzącymi oczami. Promieniujące radością i podnoszące rękę w górę, gdy tylko usłyszą pytanie. Zielona ławka jest mokra od moich łez i smarków. Ciężko mi oddychać, gdy tak leżę z ramionami i twarzą w ślinie. Ani razu nie podnoszę głowy w ciągu dwóch godzin spędzonych w klasie. Leżę i się nie ruszam. Jedyne, co się we mnie porusza, to moje ręce i stopy, które trzęsą się w spazmach co jakiś czas. Nie potrafię tego kontrolować.

Poruszają się same z siebie. Jedyne, co pomaga, to położenie jednej ręki lub nogi na drugą i przyciskanie tak mocno, że aż zaczyna boleć. Jednak gdy tylko zdejmę rękę czy nogę z drugiej, to znowu zaczynam się trząść. Żadne inne dziecko się tak nie trzęsie. Co dzieje się z moim ciałem?

Czuję się, jakby cały czas coś po mnie łąziło. Nie mogę usiedzieć spokojnie. To jest po prostu niemożliwe. To tak jakby siedzieć w mrowisku. Wszystko mnie swędzi. Wszystko mnie kłuje. Jak egzema. Albo wszy. Albo owsiki. Wszy miałam raz. Owsiki kilka razy. Jest tak, jakbym miała owsiki i musiała siedzieć bez ruchu na jednym krześle przez cały dzień. I różnica jest jeszcze taka, że w szkole swędzi mnie całe ciało. Nie tylko pupa. Bujam się na krześle. Balansuję na tylnych nogach krzesła. (...) Gdy pani powie do mnie trzy, cztery razy, że mam być cicho, a ja wciąż nie mogę przestać rozmawiać i przeszkadzać innym, łapie mnie wtedy za ramię. Musisz się nareszcie uspokoić! Krzyczy, cała czerwona na twarzy. Jest mi głupio przed innymi dziećmi. Ja nie mogę schwycić pani za ramię. Nie mogę nic powiedzieć. Nie wiem, co mogłabym powiedzieć. Przecież jesteś dziewczynką. Wstydz się! Krzyczy. Potem jestem przez chwilę cicho. Gdy pani schwyci mnie za rękę lub naprawdę na mnie nakrzyczy, najlepiej jest zacząć marzyć. Patrzę przez okno. Głos pani cichnie, potem w ogóle znika. (...) Chmury zaczynają tworzyć różne figury. (...) Kiedy nie przeszkadzam innym, ale gdy wszystko nadal tak strasznie swędzi, gdy nie patrzę na chmury, gdy nie marzę i nie rozmawiam, to zasypiam. Bardzo często kładę głowę na ławce i zasypiam. Śpię jak kamień”².



Zdolności *autoregulacji* nie nabywa się samoistnie. Nie przychodzimy na świat z umiejętnością regulowania własnych emocji. Natura wyposaża nas jednak w szereg instynktów i odruchów, m.in. w instynkt przywiązania. Nowo narodzone dziecko nie tylko ssie, lecz także płacze, przywiera do matki, podąża wzrokiem za jej postacią, a wkrótce będzie wpatrywać się w jej twarz i jej oczy.

² Fragment książki (wspomnień z dzieciństwa z lat 60. ub. wieku.) szwedzkiej autorki Mian Lodalen, *Dårens dotter*, Tyskland, GGP Media GmbH 2009, zamieszczony w publikacji *Jak pomóc dziecku, które przeżyło zbyt wiele*, TPD Jarosław 2011. Tłumaczenie: Magda Hulu Mazurska.

Zachowania te generują u zdrowej matki tzw. cykl przywiązaniowy – będzie ona instynktownie dążyć do tego, żeby dziecko czuło się dobrze. Oprócz oczywistych zachowań opiekuńczych, takich jak nakarmienie, zmiana pieluchy, uspokajające ruchy, troskliwy dotyk, niezwykle istotny jest wspomniany powyżej kontakt wzrokowy.

Schore (1994, 73) określa tę sferę interakcji jako krytyczną dla regulacji pobudzenia. Dziecko, którego potrzeba pozostaje niezaspokojona (np. jest głodne) lub które z innych powodów utraciło delikatną u młodego organizmu równowagę (homeostazę), wchodzi w fazę mobilizacji – jest **pobudzone**. Zdrowa matka nie tylko karmi i przewija, lecz także dostraja się do stanu organizmu dziecka (ang. *attunement*) i jako że sama posiadała zdolność autoregulacji – **swoim** spokojem, pewnością, przewidywalnością uspokaja dziecko, które niczym najczulszy radar instynktownie wpatruje się w jej oczy, śledzi jej ruchy, czuje jej zapach, wyczuwa rytm oddechu, bicie serca etc. Tego rodzaju cykl uruchamia każdorazowo w mózgu dziecka kaskadę procesów, które w uproszczeniu i obrazowo możemy określić jako budowę wielopasmowej autostrady pomiędzy autonomicznym układem nerwowym (AUN), układem limbicznym a prawą półkulą mózgu. Autostradą tą szybko i pewnie będą biegły impulsy nerwowe zawsze wtedy, gdy dziecko będzie pobudzone. Będą biegły w obu kierunkach – w efekcie w miarę rozwoju dziecka sygnał pobudzenia będzie uruchamiał reakcje regulacyjne. U zdrowego dziecka wystarczy spojrzenie rodzica, żeby je wyciszyć, uspokoić. Zdrowy dorosły człowiek najczęściej potrafi uspokoić się sam, podjąć racjonalne działanie.

✓ U dziecka, którego matka nie zaspokajała jego potrzeb, i/lub nie potrafiła się do niego dostroić (brak zainteresowania, brak koncentracji na dziecku, niezaspokojony nałóg czy napięcie w rodzinie przemocowej etc., ale także np. depresja matki), lub które było w inny sposób poważnie krzywdzone, tworzy się poważna luka rozwojowa. *Zamiast szerokopasmowej autostrady we wspomnianych powyżej obszarach mózgu odpowiedzialnych za regulację pobudzenia powstaje jedynie kamienista, zarośnięta krzakami dróżka.* W efekcie dla tak ukształtowanego dziecka uspokojenie się, wyciszenie własnych emocji staje się zadaniem ponad siły. I nie ma tu „cudownych” środków wychowawczych. Gdy

zrezygnujemy z kompleksowego leczenia, pozostaje utrwalający zaburzenia twardy przymus lub doraźne silne środki farmakologiczne.

Jak pamiętamy – w rozwoju mózgu obowiązuje zasada samowzmacniania.

Gdy małe dziecko płacze i nie spotyka się z właściwą reakcją lub jest w inny sposób krzywdzone, może płakać jeszcze głośniej. Jeśli głośniejszy płacz i inne zachowania związane z pobudzeniem uruchomią w efekcie reakcje matki/otoczenia, taki model reakcji i relacji utrwali się. Gdy płacz i inne sygnały wynikające z pobudzenia nie wywołają żadnej reakcji u matki (opiekuna), mózg dziecka uruchomi najpierw sekwencje prymitywnych zachowań, które będą miały funkcje samokojące: ssanie palca i dostępnych przedmiotów, bujanie, jęk itp. Następnie mózg dziecka będzie stopniowo wygaszał kolejne funkcje organizmu (poczynając od zmysłów, przez inne narządy), żeby umożliwić oszczędzanie energii i przetrwanie – i tak aż do całkowitego „zamrożenia” większości funkcji życiowych.

Taki model reakcji również będzie miał tendencję do utrwalania. Na trwałość tych pierwotnych wzorców zachowania i interakcji dziecka z matką zwrócił uwagę już John Bowlby w swojej przełomowej książce *Przywiązanie* (1969, wyd. pol. 2007, 382). O tzw. wzorcach przywiązania mówić będziemy szerzej przy omawianiu zaburzeń samooceny i relacji.

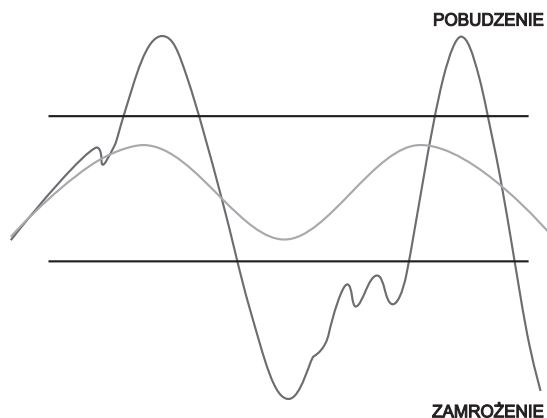
i Model reakcji organizmu na sytuację zagrożenia (a takową jest dla dziecka brak wystarczająco dobrej opieki) można w największym uproszczeniu przedstawić tak, jak pokazuje to poniższy rysunek (rys. 1).



rys. 1

Powyższy model jest uniwersalny i dotyczy nie tylko relacji społecznych (opiekuńczych). Tak reagujemy na każde zagrożenie. W reakcjach, gdzie dominuje nadmierne pobudzenie, mamy do czynienia ze schematem reakcji typu „walka – ucieczka”. Po przeciwnej stronie skali wystąpi szereg tzw. reakcji dysocjacyjnych³ aż do całkowitego „zamrożenia”.

Efekty dynamiczne (patologiczną aktywację AUN⁴) niedoborów funkcjonalnych mózgu dziecka, wynikających z nieprawidłowego ukształtowania struktur autoregulacyjnych, przedstawia poniższy schemat (rys. 2) i opis (na podstawie: Fosha 2009, 121 i 131).



rys. 2

✓ Dziecko (także starsze czy nastolatek) z zaburzoną autoregulacją znajduje się najczęściej albo w fazie nadmiernej aktywacji organizmu (niepokój, rozdrażnienie, agresja, panika itp.), albo poniżej optymalnego poziomu aktywacji, który symbolizują poziome linie na rys. 2 (odrętwienie, sny na jawie, luki w pamięci i postrzeganiu etc., aż w końcu całkowite zastygnięcie w bezruchu – „odpłynięcie”, czy – jak mówią o takim stanie dzieci – „zamulenie”, „zawiecha”). To tak jakby dziecko nie tylko oszczędzało energię, ale wręcz chciało się stać „niewidzialne” (zob. Dell 2008, 111).

³ Zjawiska dysocjacyjne (por. cytowany fragment książki Mian Lodalen).

⁴ AUN – autonomiczny układ nerwowy

Jednocześnie jak widać na rys. 2, przejście pomiędzy skrajnymi poziomami aktywacji występuje bardzo gwałtownie (w odróżnieniu od zdrowego dziecka – sinusoida zawarta pomiędzy liniami poziomymi).

  Z pozycji opiekuna zastępczego (np. w rodzinnym domu dziecka) warto przemyśleć dwie sprawy.

1. W jaki sposób zachowania dziecka z zaburzoną sferą autoregulacji będą wpływać na jego otoczenie. Stany emocjonalne dziecka widoczne w zachowaniu będą generować emocje u innych dzieci i w nas samych. Ale nie dotyczy to jedynie zachowania. Dziecko z zaburzonymi mechanizmami regulacyjnymi inaczej pachnie (specyficzne hormony, w tym tzw. hormony stresu), inaczej się porusza (napięcia mięśniowe, przykurcze etc.), unika kontaktu wzrokowego, ma inną („nienaturalną”) mimikę (np. wspomniany w artykule Grażyny Lewko „przylepiony uśmiech”, „puste spojrzenie” etc.). Wszystko to razem tworzy mieszankę mniej lub bardziej subtelnych sygnałów, które odbiera opiekun. I nie pomoże tu „dystans” czy „zachowanie granic” stosowane standardowo w opiece instytucjonalnej. Często samo długotrwałe przebywanie z takim dzieckiem wpływa toksycznie na nasze funkcjonowanie. Musimy zdawać sobie z tego sprawę, dbać o siebie i korzystać z profesjonalnego wsparcia. Pisała o tym w naszej publikacji Barbara Weigl, a temat rozwinęła w części o superwizji Renata Kałucka.

2. Zjawiska dysocjacyjne, o których wspominam w przypisie na poprzedniej stronie. Zważmy, że system opieki, wychowania, edukacji i generalnie system społeczny dysponuje bardzo rozbudowaną sferą środków o charakterze przymusu. Mamy regulaminy, obowiązek szkolny, przepisy prawa. W przypadku ich nieprzestrzegania możemy stosować kary. Dysponujemy „narzędziami” w postaci ośrodków socjoterapii, ośrodków wychowawczych, poprawczych i wreszcie karnych. Dysponujemy policją, która strzeże porządku publicznego. Większość dzieci podporządkuje się tym „narzędziom”. Dzieci z zaburzeniami regulacji emocji również. Jednakże nie będzie to oczekiwane przez nas zdrowe „przystosowanie”. „T” Dziecko już wcześniej się przystosowało. Przystosowało się we wczesnym dzieciństwie – ma ukształtowany

przez dysfunkcje w relacji z matką/opiekunem lub patologiczne doświadczenia mózg – „mózg przetrwania”. Przymus, zagrożenie to dla niego nic nowego. Zareaguje nieświadomie według uprzednio opisanego modelu. Będzie stopniowo wyłączać różne funkcje. Będzie zastygać w bezruchu, będzie mieć luki w pamięci, będzie coraz mniej czuć, widzieć i słyszeć lub też będzie postrzegać głównie to, co dla nas jest nieistotne, a dla niego decyduje o przetrwaniu. Będzie wreszcie dzielić obrazy i doświadczenia na fragmenty, bo dzięki temu rzeczywistość będzie łatwiejsza do zniesienia. Pisze o tym obszernie w swoim artykule Grażyna Lewko. Będzie – rzecz jasna całkowicie nieświadomie – oddzielać doznania zmysłowe od świadomości i tożsamości oraz pamięci i emocji. W fazie przejściowej będziemy mieli do czynienia ze „złym dzieckiem” i „dobrym dzieckiem” prowadzącym ze sobą specyficzny dialog. W fazie rozwiniętych zaburzeń dziecko będzie miało osobowość składającą się z kilku równoległe działających „części”, z których każda będzie uboższa od osobowości pełnej o jakiś zakres kompetencji (w tym także szokujące i trudne do zaakceptowania luki w pamięci, zaburzenia widzenia i słuchu niewykrywalne w badaniu lekarskim, bo występujące jedynie w danej chwili etc.). W poniedziałek poprosimy Kasię, *żeby przygotowała na lekcję prezentację*. Kasia ją przygotowuje, ale nie weźmie do szkoły płytki, bo we wtorek będzie już „Anią”, a *Ania nie umie obsługiwać komputera*. Nietrudno wyobrazić sobie, co w takich sytuacjach myślą i czują opiekun i nauczyciel, jeśli zjawisk tego rodzaju (i pokrewnych) nie dostrzegają lub nie rozumieją. Musimy mieć świadomość bezwzględności tego rodzaju mechanizmów. Organizm najpierw stara się walczyć. Jeśli to nie daje efektów, dziecko **nieświadomie** stosuje kolejne mechanizmy (w tym inne tzw. psychologiczne mechanizmy obronne). Nastolatek będzie redukował napięcie papierosem, narkotykiem, alkoholem, ucieczkami, seksem. Nie mogąc reagować agresją w kierunku otoczenia, skieruje ją przeciwko sobie (samookaleczenia i próby samobójcze). Młodsze dziecko będzie się wycofywać, „uciekać” w swój własny świat – często w kilka równoległych światów. Na tym w uproszczeniu polega tzw. rozszczepienie i dysocjacja. Dynamika procesów dysocjacyjnych – kluczowa dla zrozumienia sytuacji dziecka i skutecznego leczenia – opisana zostanie w ostatniej części artykułu.

A teraz kolejne zaburzenia z grupy pierwszej szczegółowo, w oparciu o przykłady:

Zakłócenia w funkcjonowaniu organizmu (o niewyjaśnionych źródłach chorobowych – niepoddające się jednoznacznej opisowi w istniejących kategoriach diagnostycznych)



„(...) ma bardzo płytki sen, budzi się co kilkanaście minut, zaczyna płakać potem się kiwa, zaczyna cmokać, jęczeć, wreszcie zasypia i znowu się budzi, (...) jesteśmy już półprzytomni i po wizytach u kilku lekarzy i psychologów, (...) leki działają tak, że śpi cały dzień, a w nocy nie...”.

„Mała nie chce jeść! Trwa to już dwa tygodnie. W szkole je, u sąsiadów je, (...) na wycieczce je. W domu, gdy wszystkie dzieci siadają do stołu, dostaje jakichś skurczów, wymiotuje, jak tylko widzi jedzenie. W szkole mówi, że jest głodna, wychowawczynie jak się na mnie patrzy, to ma taki wyraz twarzy, że mi ciarki po plecach chodzą”.

„(...) i to tak jest prawie regularnie – robi się jakiś sztywny, błądy, potem zaczyna się pocić i się cały trzęsie, ma trudności w oddychaniu, (...) byliśmy już na pogotowiu, był kilka razy lekarz, nikt nic nie wie”.

„Basia potrafi przez tydzień nie chodzić do ubikacji. Je, pije, ale nie chodzi do ubikacji. Mówi, że nie potrafi, bo wszystko jej się zaciska. Musimy ją wywieźć od innych dzieci i wtedy wpada w jakąś apatię, leży, wpatruje się w sufit godzinami, potem wzdycha i idzie do ubikacji. Ma już dwanaście lat, a musimy na noc po takich kilku dniach zakładać jej pampersy, bo rano wszystko by było zsikane jak w oborze”.

„Dziwnie kaszle, ma gorączkę i boli go głowa przez dwa tygodnie. Nikt nie wie, co to jest. Już w panice podejrzewaliśmy wszystko, a to samo mija – bez żadnych leków. Po prostu wychoruje się i już”.

„(...) każdy dźwięk, ruch inny czy nowy i od razu wyrzuca rączki do góry, zaczyna dygotać, (...) wystarczy dotknąć ramienia, a już główki, to całkiem jakby bomba wybuchła – tak jakby ją bolało dotknięcie (...), trzaśnięcie drzwiami to jest godzina uspokajania, zsikane majtki, poobgryzane do krwi palce”.

„Jemu czasem serce tak bije jak oszalałe, że prosiłem znajomego – to znany kardiolog – o wytłumaczenie. Nie uwierzył, że zdrowe dziecko może mieć taki puls. A myśmy go badali już wszędzie”.

Zmniejszone lub nieadekwatne odczuwanie doznań i stanów fizjologicznych i percepcji, np. bólu, temperatury, zapachów, dźwięków (zakresy), obrazów (natężenie światła) etc.



„Ona nie sika – po prostu nie czuje parcia na pęcherz, nie boli jej też jak biegnie i się uderzy, ale tak, że inne dziecko by wyło z bólu, krwi na ścianie ona nawet nie zauważa (...)”.

„Wyszedł w samych majtkach i mi zeskrobuje ten lód z szyby, i zeskrobuje, a jest minus piętnaście, ja w trzech polarach biegnę i do domu! (...) bo co przecież sąsiedzi powiedzą, a przecież ja wiem, że jemu po prostu zimno nie jest i już (...)”.

„Czasem ciarki mnie przechodzą – Kasia mówi: ale ten śnieg skrzypi – nie rozumiałem na początku, ale potem dotarło – ona słyszy zupełnie co innego niż ja, (...) ale też jak jest ciemniej, to ona po prostu NIC nie widzi, jest jakaś taka dziwna, nie widzi przedmiotów inaczej niż przed sobą, (...) spleśniała kiełbasa leżała w szafce trzy miesiące razem ze zużytymi podpaskami, jak się otworzyło, to powalało – ona otwierała kilka razy dziennie i nic..., ale jak położyłem niechący na piecu folię z papierosów i się troszkę sfajczyło, to narobiła takiego wrzasku, jakby to ją przypiekali”.

„Jak tylko podniosę odrobinę głos, to już wiem, że on w ogóle nie słyszy, co do niego mówię, jak żona się zdenerwuje i tak mówi trochę piskliwie, to Kamil się «wyłącza» – wiem, że wtedy nic nie słyszy (...), czasem tylko mówi: ja nie chcę tego słuchać”.

„Wystarczy, że tylko trochę zaboli go brzuch albo głowa, a już jest: umieram, ratunku – pełna panika i histeria”.

Nieumiejętność definiowania i opisywania emocji, uczuć lub stanów fizjologicznych



„Nasz Adaś nie chodzi sam z siebie sikać ani nie zrobi kupy. Po prostu tego nie czuje. Jak nie może już wytrzymać, to wkłada sobie palce do pupy tak, że – jak to określiła moja siostra – czubki palców wychodzą mu przez nos. Do tego jeszcze skutecznie specjalny taniec. W czasie kiedy trzyma, jest nerwowy, zaczepny, mało współpracujący, drażliwy itp., ale nie potrafi powiedzieć, że mu się chce. Nie powie też, że się boi albo martwi. On jak się mówi o tym, co on czuje albo odczuwa, to robi się *jakiś taki przezroczysty*”.

„Ja jestem dla niego jak taka emocjonalna kula energetyczna. Jak mnie nie ma, to tak jakby jego świat szarzał, robił się bez wyrazu – to tylko my określamy: smutny, osowiały, zniechęcony. On w ogóle tak tego nie rejestruje. Jak ja się pojawiaam, to nie chce ze mną nawet gadać. Ale potem zaczyna się do mnie zbliżać, zagaduje, coś razem zaczynamy robić i nagle okazuje się, że wraca mu zainteresowanie życiem, że on coś czuje, że odzyskuje energię i radość, tyle że nie potrafi tego nazwać. Dziwne to jest. I wymaga ode mnie strasznej stabilności psychicznej...”

Zaburzenia w zakresie uwagi i zachowania

Dziecko wykazuje zaburzenia rozwoju kompetencji związanych z zachowaniem koncentracji i trwałej uwagi, umiejętności uczenia się czy radzenia sobie ze stresem.



Tzw. „zaburzeń zachowania” nie sposób rozpatrywać w oderwaniu od kontekstu społecznego.

Jaak Panksepp – znany neurobiolog z Eastern Michigan University (Panksepp 1998 cyt. w Saxe, Ellis, Kaplow 2007, 68) przeprowadził niezwykle i klasyczny już eksperyment na młodych szczurach. Do klatki, w której bawiły się przez 4 dni swobodnie i radośnie młode szczury, wprowadził włos kota. Od tego momentu wszelkie szczurze zabawy

się zakończyły. Włos kota pozostał w klatce jedynie przez 24 godziny, jednak po jego usunięciu szczury już nigdy nie powróciły do swobodnej i radosnej zabawy.

Oczywiście ludzie dysponują o wiele bardziej rozbudowanym aparatem korygowania tego rodzaju reakcji i zachowań. Niemniej – co wykazuje wiele fundamentalnych już badań – mechanizmy neurobiologiczne są podobne. A operując językiem literackim: „świat po doświadczeniu traumy już nigdy nie będzie taki sam”.

Powołanie się na kontekst społeczny jest kluczowe. Jak wykazaliśmy, organizm dziecka dostosował się do traumatycznego środowiska dzieciństwa. Zbudował własny i jak widać skuteczny model homeostazy (dziecko wszak żyje – przetrwało). Zachowuje się według takiego modelu, jaki był w jego życiu konieczny. To tylko my tego modelu nie akceptujemy i określamy go jako społecznie niedostosowany. Jednak dziecko nie zmieni dobrowolnie swojego modelu zachowań jedynie dlatego, że my mamy dobre intencje.

Ono o tym nie wie.

Wróćmy do przykładów z życia.

Brak umiejętności przewidywania zagrożeń lub utrata zdolności do postrzegania zagrożeń, w tym błędne reakcje na niebezpieczeństwo



„On zupełnie nie umie ocenić wysokości, potrafi «zejść» z pierwszego piętra obok schodów (...), to nic, że bolało, nic go to nie nauczyło”.

„Rower powędrował na strych – już kilka razy jeden czy drugi sąsiad błady ze strachu przychodził do nas i opowiadał, jak Adaś jechał na jego samochód z naszej górki – tak, żeby wjechać mu na maskę. On mówi: «chcę zobaczyć, co będzie».

Utrata zdolności do obrony własnej



„I wtedy okazało się, że Madzia tak stała i stała, a oni ją szarpali i robili film komórką, (...) ona nie ruszała się, jakby zastygła. Nie broniła się, a to były gnojki dwa razy od niej mniejsze”.

„Wystarczy, że mąż krzyknie, i jego «już nie ma», nie potrafi nawet wytłumaczyć, że przecież to nie on..., wie, że i tak mu się dostanie i nawet nie próbuje się tłumaczyć, bronić, nic (...), nawet nie próbuje, a mąż to nerwus jest”.

Podjęmowanie ekstremalnego ryzyka lub poszukiwanie ekstremalnych emocji



„W domu dziecka to nic nie chcieli oficjalnie powiedzieć, ale wychowawca Marcina to zaczepił nas na korytarzu i powiedział, żebyśmy uważali, bo nas wrobią, (...) bo Marcin to miał już takie występy, że połowa policji z okolicy się zjeżdżała, (...) że on potrafi podpalić coś, żeby potem wyjść na bohatera, jak to gasi, (...) że adrenalina to mu tak odpala, że jak się nie wypluje w jakiejś zadymie, ustawce, to nie ma do niego przystęp (...)”.

„Musielibyście to zobaczyć – ona kładzie się na jezdni i czeka, aż ją przejadą..., w zimie to już parę razy było o krok (...) i jak ona wtedy wrzeszczy do starszego człowieka, co czuć było że się zes... w gacie, bo mało co jej nie przejechał jak snopka, to ona krzyczała: i co, ty ch..., *miętko ci?*”.

Uporczywe zachowania samokojące (np. kołysanie i inne rytmiczne ruchy, uderzanie w przedmioty i części ciała, kompulsywna masturbacja i podobne)



„Już czasem nie mogę słuchać tego stukania (...), dlaczego w Domu Dziecka w... tego nie było, Rafał takie spokojne dziecko był (...), teraz on stuka łyżką, stuka klockami, jak nie ma czym, to puka głową (...).”

„Ona się tak od razu przytulała, taka przylepa, wiesz... i tak się bując lubiła na mojej nodze i dopiero jak rozmawialiśmy, to zrozumiałem, że ona mnie tak obejmowała nóżkami (...), gdybym wcześniej wiedział (...).”

„(...) i ssie tego palucha – nigdy w szkole tego nie robi tylko w placówce, a jak moja mama przyjdzie to ZAWSZE (...) ssie palca i się buja... i patrzy na nią... ”.

„I ta ręka w majtkach na okrągło, inne dzieci już się też tym zaraziły – zupełnie nie wiem, co z tym zrobić, mówiłam w ośrodku, to psycholog mi powiedziała, że to zespół, dziecka molestowanego, (...) to co, gdzie jego molestowali, jak on całe życie był w szpitalu (...).”

Sklonność do nawykowych lub reaktywnych samoobrażeń



„Proszę pana, ja to wiem, nas tego uczyli na szkoleniu, my nie jesteśmy jakieś głupki, ja pozabierałem jej na noc wszystko, noże pozamykane, łazienka moja zamknięta, czy pan wie, że ona sobie pod powiekę wciskała wkład od długopisu i tak kręciła, że aż krew się lała (...).”

„(...) no gumuje, no tak trze tą gumką po nadgarstku, że się dymi, aż skwierczy..., to nie tam żadne cięcie, cięcie to ja już wiem, ale ta spalona skóra (...).”

„Nie umie się inaczej uspokoić. Musi się pociąć. Wiem, że jak wieczorem przychodzi i się przytula, to ma mankiety zapięte. Wiem, że się cięła, ale...”.

„Szarpie swoje włosy, maluje (mocno!) długopisem po rękach, kiedyś uderzała głową w wannę (...).”

Niezdolność do zainicjowania lub utrzymania działań celowych



„Wiesz, coraz więcej czytam o takim zespole unikania wysiłku, to chyba to, jak oni oboje się budzą rano, to jak nieżywi, jak jakieś legwany naprawdę, (...) gdzie te dzieci mają energię – gdyby nie ja, to oni by tak cały dzień leżeli i leżeli, (...) im to w ogóle nie przeszkadza, po prostu to jakaś apatia taka, że jakby nie ja, to by chyba tak zasnęli (...), rozmawialiśmy dziś o tym po przeczytaniu tej książki i ja to zaczynam rozumieć, jak takie dziecko ciągle co zrobiło, to było źle i ciągle, no to w końcu jak ono może teraz chcieć cokolwiek, (...) jak nic nie robi, to mu się nie dostanie... Boże”.

„Sam nie skończy. To jest niemożliwe. Trzeba mówić. I znowu mówić. I powtarzać. I prosić i aż do znudzenia przypominać (...)”.

„Tu nie chodzi o jakieś tam skomplikowane sprawy, ale jak ona rysuje na lekcję. To aż żal. Ona rysuje linię tak powoli i jak dochodzi do końca, to robi tak ciach, tak jakby specjalnie. Ja teraz wiem, że to niespecjalnie. Ona nie potrafi tej linii wykończyć. Ręka jej w pewnym momencie wystrzeliwuje gdzieś. Nauczycielka mi truje, że ona prowokuje i że to moja wina. Już nie mam siły”.

„(...) flegmatyczność mam zwykle w wykonaniu Natalki. Ona, niepopędzana, godzinami wykonuje jedną czynność. W międzyczasie może sobie śpiewać, gadać jak nie z kimś, to przynajmniej sama z sobą, no i oczywiście może zapomnieć, co miała zrobić, ech”.

Zaburzenia typowe dla PTSD (zespołu stresu pourazowego)



PTSD – zespół stresu pourazowego opisany jest obszernie w wielu publikacjach. Zespół opisuje zarówno amerykańska klasyfikacja DSM-IV, jak i obowiązująca w Polsce klasyfikacja ICD-10 (strony internetowe WHO – Światowej Organizacji Zdrowia: www.who.int oraz APA – Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego: www.psych.org).

Zestaw zaburzeń charakterystyczny dla PTSD jest rzecz jasna szerszy niż objawy wymienione poniżej. Jednakże te objawy są kluczowe dla diagnozy PTSD, choć – jak wspomnieliśmy uprzednio – bardzo często nie występują one u dzieci z kompleksową traumą. Pociąga to za sobą szereg niekorzystnych następstw, np. niepełną diagnozę, błędną diagnozę czy nawet brak diagnozy (van der Kolk 2009). Stąd tendencja do rewizji istniejących klasyfikacji. Do piątej edycji klasyfikacji DSM (ukaze się w 2013 roku) zgłoszono więc m.in.: DTD (Developmental Trauma Disorder – Traumatyczne Zaburzenia Rozwojowe – van der Kolk 2005, 2009) oraz PTSD wieku przedszkolnego⁵, uznając w ten sposób specyfikę zaburzeń występujących u dzieci.

Lekarz w Polsce ma pozornie szersze pole manewru. W klasyfikacji ICD-10 znajduje się zarówno PTSD (kod F43.1), jak i „Inne reakcje na ciężki stres”(F43.8) oraz „Reakcje na stres niespecyficzne” (F43.9). Nie mamy tu jednak bezpośrednich odniesień do zaburzeń u dzieci. Stąd niezwykle ważna jest przy pracy z dzieckiem po doświadczeniu traumy współpraca interdyscyplinarna – psychiatry (neurologa), pediatry, terapeuty psychotraumatologa dziecięcego, psychologa klinicznego, pedagoga i innych specjalistów posługujących się profesjonalnymi narzędziami diagnostycznymi.

Skala trudności jest w niektórych przypadkach naprawdę ekstremalna. Jak pisze Craig L. Donnelly w książce *Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*⁶ (Foa, Keane, Friedman, 2008, 270) istnieje 1750 możliwych kombinacji objawów (nb. występujących równolegle w innych schorzeniach) spełniających kryteria PTSD. Komentarz nt. trudności diagnostycznych i wskazań terapeutycznych jest w tym miejscu z pewnością zbędny.

⁵ Zob.: <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=396>.

⁶ (ISTSS) International Society for Traumatic Stress Studies – Międzynarodowe Towarzystwo Badań nad Stresem Traumatycznym, kluczowa światowa organizacja zajmująca się badaniami nad stresem traumatycznym.

Objawy ponownego doświadczania traumatycznych sytuacji, natrętne wspomnienia, niepokojące sny, psychologiczny i fizyczny dyskomfort związany z przypominaniem zdarzenia, tzw. flash-back



„(...) i wtedy się budzi, a oczy to ma takie jak spodki. I jak on potrafi opowiadać ze wszystkimi szczegółami. I czasem to mówi: *ciociu to jest jak w filmie z fajerwerkami* i naprawdę tak opowiada, jakby klatka po klatce”.

„Pani mnie wezwała do szkoły. Awantura jak zwykle. I mi czyta. Jej opowiadanie o Wigilii. (...) bo jak córka przeczytała to w klasie, było tak cicho jak w trumnie. I pani miała pretensje, że jeszcze teatr z tego zrobiła specjalnie. A to tylko *tak wyglądało jej życie*”.

„Te zabawy w śmierć, w umieranie, (...) i pokazywała, jak się reanimuje – wtedy myśleliśmy, że pogrzeb matki, na którym prawdopodobnie była, tak na nią wpłynął, a reanimacja to wynik oglądania TV, niestety ona to widziała *w realu*”.

„Mam nadzieję, że dzisiaj nie będzie wrzasku, że duchy są za łóżkiem. Młoda twierdzi, że je widzi. W nocy śpi niespokojnie. Może znowu wrócić do smoczka?”.

Unikanie myśli, uczuć, rozmów, miejsc, sytuacji lub osób, które kojarzą się z traumatycznymi zdarzeniami, oraz niemożność przypominania sobie ważnych okoliczności tych zdarzeń



„Nie było mocy, żeby dziewczynki się wykąpały w łazience, (...) w placówce uprzedzali nas, że to *brudasy* i choć one już mają jedenaście lat, to nikt nie był w stanie z nich *wyciągnąć*, o co chodzi. I psycholog, i psychiatra (Kasia była na obserwacji sześć tygodni i rok na terapii, bo miała wieczorami taki *fazy*, że sąsiedzi na policję dzwonili). Dopiero się okazało, że naczyń przy nich to nie wolno zmywać (kupiliśmy zmywarke). A w łazience ktoś z nas musi tam być. Ale żona ma dyżury w nocy, to

ja musiałem z nimi w tej łazience siedzieć (...), to są już duże dziewczyny i już nie mogłem tego wytrzymać (...), więc niedawno pojechałem do B. do sądu. Nie chcieli nic mi powiedzieć – *nie chciałby pan o tym wiedzieć* – mówili (...), ale w końcu zagroziłem interwencją i dostałem akta (...), one jak były małe, to tamci (rodzice biologiczni przyp. LD) się tak nawalili (...), zostawili dziewczynki w wannie, a woda się grzała i lała do tej wanny. I one się prawie w tej wodzie ugotowały”.

Zaburzenia samooceny i relacji

Dziecko wykazuje zaburzenia rozwoju kompetencji w zakresie poczucia tożsamości i angażowania się w związku.



W tej części rozdziału o „T” Dzieciach skupimy się na roli **przywiązania**. Od czasu powstania klasycznej (choć bardzo mało w Polsce znanej) „teorii przywiązania” minęło kilkadziesiąt lat. W tym czasie – zwłaszcza ostatnio – lawinowo rozwinęła się neurobiologia i dziedziny pokrewne. Okazało się, że podstawowe tezy formułowane przez Johna Bowlby’ego i Mary Ainsworth znakomicie sprawdzają się w świetle obecnych dokonań naukowych. Jednakże współczesna teoria przywiązania to przede wszystkim teoria regulacji (Schore 2008, 9). **Interakcja, dostrojenie, relacja emocjonalna z opiekunem i w efekcie nabycie zdolności autoregulacji.** Takie rozumienie podstawowego mechanizmu rozwojowego człowieka nie tylko pozwala znaleźć źródła psychopatologii. Stanowi ono również podstawę skutecznych modeli i strategii terapeutycznych. Pierwotny model tzw. wzorców przywiązania powstał w oparciu analizę zachowania/reakcji dziecka na obecność, chwilową separację i powrót matki (Bowlby 2007, 370). Model ten został wielokrotnie już rozwinięty i częściowo zmodyfikowany. Ainsworth określała typy przywiązania dziecka do matki jako bezpieczne i „pozabezpieczne” (w tym tzw. „lękowo-unikający” i „lękowo-oporujący”). Obecnie używamy np. określeń: „ufny”, „lękowo-unikający”, „lękowo-ambivalentny”, „dezorganizowany”.

Niezależnie od wybranego wariantu, musimy pamiętać, że wzorce powyższe, jakkolwiek trwałe (Bowlby 2007, 382), powstają w oparciu o relację z pierwotnym, pojedynczym opiekunem – najczęściej matką. W opiece zastępczej jednakże staje się powoli smutną „normą”, że dziecko jest wielokrotnie przenoszone z miejsca na miejsce⁷. Z rodziny do placówki instytucjonalnej, z placówki do szpitala lub ośrodka, ze szpitala do rodziny zastępczej, stamtąd znowu do placówki, potem do kolejnej. Te toksyczne (jeśli przeprowadzone są nieprofesjonalnie, gwałtownie, bez przygotowania) „przenosiny” każdorazowo uruchamiają u dziecka opisane przez nas mechanizmy obronne, a przy dużym poziomie nasilenia związane z nimi procesy **destrukcji sieci neuronalnych**. Dlatego analiza na podstawie klasycznych typów przywiązania w przypadku szeregu nakładających się na siebie procesów „przywiązania i straty” przypomina sytuację z węzłem gordyjskim.

Podsumujmy jednak ten fragment optymistycznie. Tak jak toksyczne doświadczenia rzeźbią mózg, tworząc struktury „mózgu przetrwania” w miejsce „mózgu uczącego się” (w oryginale: Ford, w: Courtois, Ford 2009, 31 – *learning brain*), tak profesjonalne interwencje terapeutyczne mogą ten proces odwrócić lub przynajmniej skorygować.

Odnoszą się one bowiem do tych samych dynamicznych zjawisk co wczesne procesy rozwojowe i wykorzystują je (Shore 2008,10).

A więc przypomnijmy pryncypia: **interakcja, dostrojenie, relacja emocjonalna z opiekunem**.

Wróćmy teraz do naszej pracy porządkującej doświadczenia opiekuna.

⁷ Glenn Saxe, psychiatra z Boston University Medical Center, tak opisał historię chłopca – swojego pacjenta: „Gerald podróżuje przez system. Widują go na izbie przyjęć, w klinikach, uczestniczy w programach różnych ośrodków. Zajmują się nim lekarze, wychowawcy, służby socjalne. Wkrótce zajmie się nim wymiar sprawiedliwości (...)” (2007,2).

Nadmierne zaabsorbowanie bezpieczeństwem opiekuna lub innej bliskiej osoby



„(...) ona mówi: *bałam się o was tak strasznie...*, a to tylko dziesięć minut jak nas nie było”.

„*Wujku, ale ty na pewno nie umrzesz? (...) nic ci się nie stanie? (...)* moje dziecko też tak pytało, ale Jaś pyta tak co minutę. W nerwicę można wpaść. Czasem myślę – cholera w końcu mi się stanie”.

Nieadekwatne wchodzenie w relacje opiekuńcze lub nietolerancja na powtórne podjęcie opieki po okresie separacji



„U niego wszystko jest pokręcone. Wyjeżdżamy – płacze. Wracamy, przywozimy prezenty, to on zamiast się cieszyć, obraża się, wychodzi do swojego pokoju, trzaska drzwiami. Potrafi się nie odzywać dwa dni. Każde wyjście, nawet do sklepu, to jest ryk. Mówię, tłumaczę, że zaraz wrócę – ryk. Wracam raz, drugi, trzeci, czasem nawet specjalnie tak wychodzę i wracam zaraz, żeby się nauczył, że wrócę. Nic to nie daje”.

Utrzymująca się negatywna samoocena, w tym odczuwany wobec siebie wstręt, poczucie bezradności, swojej nieskuteczności lub „wadliwości”



„Choćby działo się pięćset fajnych rzeczy, Kazio wspomni jeden negatywny drobiazg i wokół niego zbuduje konstrukcję «jak bardzo jestem do d ...»”.

„Jana nie zna znaczenia wielu słów. Jak coś powiem, to ona często się denerwuje i pyta: «O co ci chodzi, ja i tak nie rozumiem», (...) wygaduje superpiramidalne bzdety, ogłaszając, że będzie sprzątaczką i to «najgorszą», bo do niczego się nie nadaje. Udowadnia to już kolejny dzień i twierdzi, że w sprawach nauki już nic się nie da zrobić.

Dręczy ją wybór szkoły, bo ja na razie nie chcę korygować jej wyboru. Niech sama główkuje. Mówi, że żadna jej nie przyjmie... Jak znam życie, i tak plecy będą z tyłu i co nie wybierze, będzie moją «winą»”.

Ekstremalna i trwała nieufność, bunt lub brak prawidłowych interakcji w relacji z dorosłymi i rówieśnikami

Reaktywna fizyczna lub słowna agresja wobec rówieśników, opiekunów lub innych dorosłych



„(...) podrapała swoją ulubioną koleżankę, jednej piłeczką nabiła solidne limo, wybiła okno w szkole, wyrwała drzwi od szafki w szkole, biła dzieci na zlecenie. Z drugiej strony sama też parę razy oberwała. Ostatnio koleżanka wybiła jej palec, inna wsadziła kartkę do oka i oko dwa dni bolało. W szkole ciągle coś się dzieje”.

„Na wejście dowiedziałam się od pani trenerki, że ostatnio biegał za dziećmi i walił je plecakiem...”.

„Nie lubię awantur, bo: jestem potem skopana, posiniaczona, zwyzywana, dom zdemolowany, grozi, że mnie zabije i jeśli w zasięgu jest nóż lub widelec tudzież inne rzeczy, stara się ich użyć. Była świadkiem morderstwa, może tam był nóż, niewiele wiem na ten temat (...)”.

„Chce, żebym sama podyktowała. Ja usiłuję ją zmusić do wysiłku. Młoda pełna agresji. Uderzała krzesłem w stół, pies też oberwał. W pewnym momencie zaczęła krzyczeć”.

„«Gównu cię to obchodzi» (poprosiłam o zeszyty), do męża: «Zaraz kopnę cię w jaja» (...),zawołałam (...), oczywiście brak reakcji. Złapałam za rękę, nie byłam już w stanie kontrolować mojego zdenerwowania, dziecko rzuciło się na podłogę, zaczęła się wić i kopać. Cały czas śmiała się histerycznie. Potem znowu chciała uciekać. Cały czas nie było między nami kontaktu wzrokowego”.

Niewłaściwe (nadmierne zainteresowanie lub promiskuityzm) zachowania seksualne lub paraseksualne, próby uzyskania intymnego kontaktu



„Cały czas Młoda uciekała, chowała się. W pewnym momencie zaczęłam jej szukać. Patrę i oczom nie wierzę, córka w otoczeniu rozbawionych, „wesołych” (po dobrej wódeczce) panów. Robiła gwiazdy, popisywała się, uśmiechnięta, taka mała kokietka. Na szczęście to był mój wujek i jego koledzy. Kiedyś też (trzy lata temu, pierwsze wakacje) w ośrodku wczasowym nad morzem nie mogliśmy jej znaleźć. W końcu patrzymy, a córka kibicuje zupełnie nieznanym facetom. W wieku lat dwunastu ma chłopaka. Był u nas dwa razy w domu, pewne zachowania mnie zaczęły niepokoić – zamykanie się w pokoju i cisza, a ja jak Kargul czy Pawlak przy drzwiach. Teraz wyjechał i jest święty spokój”.

Utrata zdolności do regulowania pobudzenia wynikającego z mechanizmów empatii, np. brak empatii albo nietolerancja na stany emocjonalne innych lub sposoby wyrażania niepokoju, ale także nadmierne reagowanie na cierpienie innych



„Moja Grazia pyta się, kiedy ona ma coś zrobić, np. kiedy kogoś przeprosić, ma to wałkowane od dawna, ale nadal ma z tym problem – nie wie kiedy”.

„On nie umie wytrzymać, kiedy ktoś chodzi po nerwach, (...) normalnie go wtedy coś unosi. Nawet jak Maciek – nasz kot – coś ma nie tak, to on jakby go w jakiegoś furiata zmienili”.

„To nie jest ułomne – to jest jakieś kosmiczne. Hania się bardzo stara, ale ona zupełnie nie rozumie takich pojęć jak smutny, wesoły, szkoda, (...) ja jej tłumaczę, ale widzę, jak to trafia w pustkę”.

Brak dystansu lub nadmierne poleganie na rówieśnikach lub osobach dorosłych w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa. Nieseksualne próby uzyskania intymnego kontaktu z obcymi osobami



„Mnie nie poprosi. Ale ochroniarza ze szkoły tak! Im bardziej obcy, tym lepszy. Czasem to mi się tak płakać chce, że...”.

„Jaka ona jest słodka..., jak ją kochają w szkole wszyscy, (...) nikt nie wierzy, że to *diabeł* w domu. Babcia to mi takie wykłady robi, że ze wstydu się palę”.

„Potrafi do obcego człowieka albo kasjerki w hipermarkecie to *tak nawijać*, że ludziom szczęka opada. Pamiętacie tego kota ze *Shreka*? To ona tak robi. Każdego kupi! Nie ma mocnych”.



Jeden z większych dramatów opiekuna – z RDD, rodzica adopcyjnego, zastępczego, zaangażowanego wychowawcy z instytucjonalnej placówki.

Dziecko „rzuca się na szyję” obcym ludziom. Dla swoich opiekunów jest „zimne”, „odrzucające”, „agresywne”, „złośliwe”.

Na ten temat wiele już napisano. Mówimy: „odrzuca, żeby nie zostać odrzuconym”. Mówimy o lęku przed kolejną bliską relacją, wynikającym ze zranienia dziecka w dotychczasowych relacjach. O „nakładaniu skorupki”. Żeby „znowu nie bolało”. To wszystko prawda. Rozwiniemy ten wątek w dalszej części. Ale tutaj spójrzmy nieco inaczej.

Dziecko po prostu instynktownie **szuka**.

Gdy dziecko znajdzie nowego **opiekuna** – innego niż *matka* – to **ten** musi już być **ideałem**.

To tylko w przypadku małego dziecka wystarczy, że jest *wystarczająco dobra* (Winnicott)⁸: nakarmi, przewinie, przytuli... Małe dziecko nie ma doświadczeń – dla niego to **wystarczy**.

Starsze dziecko chce mieć opiekuna non stop tylko dla siebie, ale też chce, „żeby on dużo mógł” (np. dużo zarabiał), chce, żeby był silny, ale jednocześnie miękki i ciepły jak cycek *mamy*, chce, żeby wszystko za nie zrobił i na wszystko mu pozwalał, ale jednocześnie żeby był mądry, stanowczy, silny, konsekwentny i *nigdy* się nie mylił, nie miał wątpliwości, ale żeby czuł wszystko i współodczuwał, ale jednocześnie, żeby nigdy nie był zdenerwowany... etc.

Dla nas to oczywiste – **ideał opiekuna** nie istnieje! – nie ma człowieka, który spełni te wszystkie dziecięce oczekiwania. Takim opiekunem mogła być tylko matka w pierwszym okresie życia dziecka – tak nas Matka Natura wyposażyla. **Nikt z nas nigdy nie spełni tego idealnego obrazu.**

Kluczowe elementy obrazu klinicznego w kontekście leczenia i wychowania „T” Dzieci

Twórcze, oparte na znajomości mechanizmów przywiązaniowych podejście do opieki zastępczej istnieje już od bardzo dawna⁹. Sama konstrukcja **rodzinnej** opieki zastępczej odwołuje się do tych właśnie mechanizmów. Jednakże leczenie kompleksowych zaburzeń post-traumatycznych – zwłaszcza u dzieci – rozwinęło się znacząco dopiero w pierwszym dziesięcioleciu obecnego stulecia. W chwili obecnej na świecie stosunkowo dobrze udokumentowana jest sfera terapii zorientowanej na leczenie następstw pojedynczych czy jednorodnych zdarzeń traumatycznych, czy też w sytuacjach, gdy dziecko pozostaje trwale pod opieką przynajmniej jednego z biologicznych rodziców¹⁰. W wypadku dziecka przebywającego w opiece zastępczej proces leczenia jest – jak wspomniałem na wstępie – niezwykle skomplikowanym, **multidyscyplinarnym oddziaływaniem** (w literaturze używa się często

⁸ Donald Woods Winnicott – znany brytyjski psychoanalityk i pediatra. W Polsce dostępna jest np. jego książka z 1957 roku: *Dziecko, jego rodzina i świat*, Oficyna Ingenium, Warszawa 2010.

⁹ Bardzo ciekawą pozycją opisującą takie pozytywne doświadczenia już z lat 70. ub. wieku – nawet w opiece instytucjonalnej – jest wydana pod redakcją prof. Marii Kolankiewicz (1999) książka „*Relacja dorosły – dziecko w opiece zastępczej*”.

¹⁰ Tego rodzaju „standardowa” forma terapii: TF-CBT (Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy) opisana jest np. w książce Nancy Boyd Webb *Play Therapy with Children in Crisis* (2007, s.107-132).

słowa *treatment* – co oznacza właśnie „oddziaływanie”, a nie *therapy* – „terapia”). Tego rodzaju kompleksowe oddziaływanie znacznie wykracza poza ramy oddziaływań terapeutycznych, do których przywykliśmy.

Urie Bronfenbrenner (1979, 3) w swojej przełomowej dla ekologicznego spojrzenia na rozwój człowieka książce *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design* porównał sytuację dziecka do najmniejszej laleczki w rosyjskiej zabawce – „matrioszce”, gdzie kolejną większą „lalką” jest rodzina, kolejną otoczenie rówieśnicze, następnie szkoła, środowisko społeczne w miejscu zamieszkania, wreszcie kultura.

Dziecko po doświadczeniu traumy nie wyleczy się samo. Potrzebny jest mu do tego na wstępie bliski opiekun – „większa lalka, w której wnętrzu czuje się bezpiecznie”. Dobrze, żeby ten opiekun wspierany był przez profesjonalnego terapeutę. Ta „triada” jednakże niewiele zdziała, jeśli dziecko pozostawać będzie w dalszym ciągu np. w poza-bezpiecznym środowisku rówieśniczym i nie zapewnimy opiekunowi współpracy, a przynajmniej zrozumienia, w kluczowej społecznej instytucji/organizacji jaką jest szkoła.

Podobnie – na nic się zdadzą wysiłki nawet najlepiej wyedukowanego profesjonalnie pedagoga czy wychowawcy w konfrontacji z nieprzygotowanym opiekunem czy członkiem rodziny. W wielu sytuacjach profesjonalna interwencja specjalisty może zostać potraktowana jako brutalna ingerencja w prywatność rodziny, a nawet odebrana jak niedopuszczalne przekroczenie granic kontaktu. Samo zaprowadzenie „T” Dziecka do przysłowiowego „specjalisty” i oczekiwanie, że ten niczym grypę „wyleczy zaburzenia”, jest w tym kontekście smutnym nieporozumieniem.

Na szczęście ostatnich 5 lat przyniosło w dziedzinie psycho-traumatologii dziecięcej ogromny postęp. Opracowane zostały niezwykle skuteczne modele pracy, oparte na osiągnięciach neurobiologii, doskonale udokumentowane, wyposażone w komplety narzędzi diagnostycznych i ewaluacyjnych oraz w zestawy ćwiczeń etc. Jak piszą Marylene Cloitre i Julian D. Ford (Courtois, Ford 2009, 78), w modelach tych specjalista pracujący ze strauumatyzowanym dziec-

kiem i jego opiekunem odgrywa rolę przewodnika, „korelatora”, który towarzyszy dziecku i opiekunowi niczym mistrz czy trener w zdobywaniu kolejnych kompetencji.

Dwa najlepiej naukowo zbadane modele oddziaływań posttraumatycznych o udowodnionej klinicznie skuteczności to ARC i TST¹¹. Skrótowo ujęty zestaw standardów pracy z dziećmi po traumie, opracowany na podstawie ww. pozycji Cloitre i Forda czytelnik znajdzie pod adresem internetowym: <http://www.nslt.pl/standardy>.

Praca z „T” Dzieckiem wymaga ogromnego i długotrwałego wysiłku i zaangażowania, jednakże profesjonalnie zorganizowany system oddziaływań wokół dziecka, jego rodziny, aktualnego opiekuna oraz środowiska przynosi efekty.

Przeciętne polskie *realia* niestety mocno różnią się od amerykańskich czy europejskich „ideałów”.

Od opiekuna zastępczego (np. prowadzącego RDD, ale także od każdego wychowawcy) otoczenie wymaga, aby „sobie poradził”. Pewien zaprzyjaźniony i skądinąd bardzo zasłużony dla pracy pomocowej dyrektor ośrodka adopcyjno-opiekuńczego (komentując ekstremalne kłopoty z wychowaniem rodziny prowadzącej RDD) powiedział kiedyś do mnie tak: „Muszą sobie poradzić – przeszli przecież szkolenie!”, mając na myśli 60-godzinny kurs.

Żeby „poradzić sobie” samodzielnie z dzieckiem z poważnymi zaburzeniami posttraumatycznymi, potrzeba nie tylko gruntownego wykształcenia psychologicznego, pedagogicznego, terapeutycznego, lecz także perfekcyjnej znajomości aktualnego dorobku psychotraumatologii dziecięcej i wielu, wielu lat praktyki klinicznej oraz umiejętności współpracy, a więc i znajomości zagadnień z dziedzin, którymi się zajmują z pediatrią, psychiatrią czy neurologiem.

W bardzo niewielu miejscach w naszym kraju opiekun może liczyć na wsparcie tak przygotowanego specjalisty. Jednakże wiedza o skali

¹¹ ARC – Attachment, Regulation, Competency, przywiązanie, autoregulacja, kompetencje; TST – Trauma Systems Therapy, systemowa terapia traumy. Zob.: Saxe, Ellis, Kaplow (2007), Kinniburgh, Blaustein (2010).

problemów, jakie wnosi do RDD (i każdego nowego miejsca) „T” Dziecko powinna być podstawowym standardem w pracy **każdego** specjalisty (pracownika socjalnego, pedagoga czy psychologa w szkole, placówce czy poradni etc.) w każdym polskim powiecie.

Opiekunowi wiedza taka pozwala równocześnie uświadomić sobie, że zaburzenia dziecka to *nie jego wina*.

Ramy tej książki nie pozwalają na kompleksowe przedstawienie procesu leczenia dziecka z zaburzeniami posttraumatycznymi. Chciałbym jednak przedstawić kilka kluczowych w moim przekonaniu informacji, uwag i wskazówek dla opiekunów i otaczających ich profesjonalistów.

Na wstępie wróćmy do schematów przedstawionych graficznie na rysunkach nr 1 i 2 oraz fragmentów o dysocjacji.

Jak pamiętamy, w sytuacji zagrożenia (a taką jest dla dziecka nie tylko przemoc, zaniedbanie, lecz także brak wystarczająco dobrych relacji z matką/ podstawowym opiekunem, co w efekcie prowadzi do poważnych deficytów w sferze przywiązania) organizm dziecka reaguje najpierw pobudzeniem, a jeśli to nie przynosi efektu – mózg uruchamia tzw. moderacyjne mechanizmy dysocjacyjne¹² (*moderate dissociation*), (Wieland 2010, 4). Są to takie zjawiska jak depersonalizacja (dziecko przestaje odczuwać np. strach czy ból i ma np. wrażenie, że „stoi obok i przygląda się sobie”) czy derealizacja (np. ma wrażenie, że sytuacja, której doświadcza, nie ma faktycznie miejsca – jest nierealna). Pozwalają one na przetrwanie – mózg dziecka „buduje mur” oddzielający je od tego, co jest emocjonalnie niemożliwe do zniesienia.

Trzeba w tym miejscu zaznaczyć, że dysocjacja nie jest zjawiskiem tajemniczym i specyficznym jedynie dla „T” Dzieci. Podobne do niej mechanizmy, takie jak fantazje, życie „w krainie czarów”, bajek, wcielanie się w różne postaci, to zjawiska powszechnie spotykane w rozwoju dziecka i całkowicie prawidłowe, choć nie zawsze dostrzegane przez otoczenie.

Także łagodna postać dysocjacji (*mild dissociation*¹³ – przypomnijmy opis reakcji szwedzkiej dziewczynki w szkole z pierwszych stron artykułu)

¹² Nomenklatura ISSD (International Society for the Study of Trauma i Dissociation 2008).

przejawiająca się tzw. „odpłynięciem/nieobecnością”, jeśli występuje sporadycznie, nie jest niczym specjalnie groźnym. Rzecz w tym, że w życiu zdrowego dziecka skala tego rodzaju zjawisk początkowo narasta, ale już w okresie przedszkolnym i wczesnoszkolnym zdecydowanie opada.

U dziecka z zaburzeniami regulacji emocji wynikającymi z chronicznego krzywdzenia, zaniedbania czy nieprawidłowego wzorca przywiązania „krzywa dysocjacji” – nasilenie mechanizmów dysocjacyjnych – wraz z wiekiem rośnie, aby w okresie dojrzewania i następnie dorosłości zaowocować niezwykle trudnymi w leczeniu zaburzeniami (Carlson, Yates, Sroufe, w: Dell, O’Neils 2009, 45-47). Proces taki doprowadza w efekcie do stanu, który określamy jako skrajną dysocjację (*extreme dissociation*¹⁴). Skrajna dysocjacja to stan, w którym dziecko, aby poczuć się bezpiecznie, separuje się od wszelkich emocji, doznań fizjologicznych (ból, ale także np. dźwięku, doznań wzrokowych i innych zmysłowych), oddziela wszelkie doznania od swojej aktualnej świadomości, blokuje pamięć, a w efekcie tworzy podwójną lub wielokrotną strukturę z różnych części swojego „ja”. W takim stanie dziecko może odbierać – pochodzące od tychże części „ja” – „głosy”, które „mówią mu”, co ma robić (nie należy mylić takich stanów z psychozą). Jest to proces całkowicie poza kontrolą woli i świadomości człowieka.

Dynamika rozwoju mózgu, o której wspominałem na początku artykułu, powoduje, że powtarzające się i nasilające doświadczenia oraz tego typu reakcje (jak opisane w poprzednim akapicie) wpływają na jego strukturę, która w okresie późniejszym staje się coraz mniej elastyczna – nie poddaje się łatwym i szybkim korektom. Organizm dziecka funkcjonuje wg schematu przedstawionego na rysunku nr 2 – w rytmie niepoddającego się kontroli „przełączania” w obrębie skrajnych stanów: od nadmiernego pobudzenia do dysocjacji. Na co dzień jednak dziecko funkcjonuje pozornie normalnie. Świat przeżywanych przez nie emocji oddzielony jest „murem” od świata zewnętrznych zachowań i świadomości. Przejmująco opisała to Grażyna Lewko w opowieści o „Ani”.

¹³ Nomenklatura ISSD (International Society for the Study of Trauma i Dissociation 2008).

¹⁴ Nomenklatura ISSD (International Society for the Study of Trauma i Dissociation 2008).

Świat emocji jednakże wciąż za tym „murem” istnieje, a jego zewnętrznym przejawem są powtarzające się z różną częstotliwością zachowania, które określamy jako patologiczne, antysocjalne etc. (mówiąc potocznie, „grzeczne dziecko” zamienia się bez żadnego wyraźnego powodu w „dziecko niegrzeczne”).

„Rozdwojenie”/„zwielokrotnienie” różnych części osobowości przedstawione jest spójnie i logicznie w kilku najbardziej znanych tzw. „modelach dysocjacji”¹⁵. W wymienionym w przypisie modelu strukturalnym mamy do czynienia z tzw. „pozornie normalną częścią osobowości” (ANP – *apparently normal part of the personality*, w oryginale niem.: *anscheinend normale Persönlichkeit*) oraz „emocjonalną częścią osobowości” (EP – *emotional part of the personality*). Mogą one występować w zwielokrotnieniu.

W tym pozornie normalnym świecie małe dziecko nie powie nam, że „coś z nim jest nie tak”. Ono o tym nie wie. Jego mózg ukształtowany jest w schemacie „przetrwania”, a w sferze poznawczej jest przekonane, że „w życiu tak jest.” Nie zna normalnego zdrowego świata.

Dla odmiany nastolatek już wie, że „coś z nim jest nie tak” i bardzo z tego powodu cierpi.

Zaburzenia dysocjacyjne to bowiem nie tylko „ukojenie” w postaci opisanego oddzielenia negatywnych bolesnych doznań i emocji od sfery świadomości, lecz także szereg objawów somatycznych oraz zakłócenia percepcji, z których starsze dzieci zdają sobie sprawę, nie rozumiejąc jednak źródeł. Dla przykładu – w różnych sytuacjach dzieci nie słyszą pewnych zakresów dźwięków lub słów wypowiedzianych w specyficzny sposób. Jeden z chłopców opisał lekcje z nielubianym nauczycielem: „Jak on mówi, to ja słyszę tylko szum”. Może się także pojawić zaburzone widzenie, jak w wypowiedzi dziewczynki w trakcie terapii: „Czasem jak mam spokój, to znowu widzę kolory”.

¹⁵ Dla przykładu modele: neurobiologiczny tzw. „dyskretnych stanów emocjonalnych” Franka Putnama, „zdezorganizowanego przywiązania” Giovanniego Liotti, model „stanów ego” Watkina czy „strukturalny model dysocjacji” van der Harta - zob. Wieland 2010, s. 12. Musimy wiedzieć, że modele te - niezależnie od tego, który wybierzemy do opisu dynamiki dysocjacji u dziecka, nie są jedynie hipotezami czy teoriami do weryfikacji. Dysponujemy obecnie ogromną bazą badań empirycznych - zarówno neurobiologicznych, klinicznych studiów przypadków, jak i rozbudowanych badań podłużnych o wyrafinowanej metodologii, zestawem narzędzi diagnostycznych etc.

Wspomniany powyżej chłopiec: „Wie pan, teraz wiem, że to takie dziwne – ja jak się wkurzę, to widzę tylko to co przede mną i całkiem po bokach – reszty nie”.

Gdy np. sprawdzimy, jaką liczbę z przedmiotów znajdujących się w pomieszczeniu dostrzega dziecko z zaburzeniami dysocjacyjnymi (całkowicie zdrowe z punktu widzenia okulisty czy neurologa), okazuje się często, że jest to np. 1/3 tego, co rejestrujemy my sami. Podobnie w trakcie szkolnej lekcji – „zapis słuchowy” wykładu nauczyciela przypomina często uszkodzoną taśmę magnetofonową: (...) kilka słów – szum – słowa – szum (...). Takich nieświadomych „percepcyjnych odpłyńnięć” dziecko z zaburzeniami dysocjacyjnymi może w trakcie jednej lekcji przeżyć kilkanaście.

Zrozumiałe, że większość dzieci – gdy już częściowo dostrzega, że „coś z nimi nie tak” – nie powie nikomu o swoim prawdziwym świecie, choćby dlatego, że np. „jak się słyszy głosy i dowie się o tym wychowawca czy opiekun, to się trafia do psychiatryka” (cytat z bardzo często spotykanych wypowiedzi).

Z opisanym powyżej bagażem zaburzeń dziecko trafia do nowego domu.

Co się dzieje, gdy opiekun nie zna lub nie rozumie wyżej opisanych mechanizmów?

Pułapka opiekuna czyli model ANP (nazywamy go modelem ANP, od przytoczonego powyżej skrótu)

Przypomnijmy:

1. „T” Dziecko ma nieprawidłowo ukształtowany tzw. „wzorzec przywiązania”. Dla przykładu: matka obarczona nałogiem alkoholowym zachowywała się wobec niego w sposób całkowicie chaotyczny/nieprzewidywalny, skrajnie niekonsekwentny. Za identyczne zachowanie dziecko było raz karane np. krzykiem, biciem, pozbawieniem pokarmu, innym razem przytulane i z emfazą proszone o wybaczenie, pieszczone etc. Często takie zachowania występowały równoległe czy jednocześnie.

2. Dziecko, aby „znieść to, co było nie do zniesienia”, dysocjowało. Jednocześnie narastające w nim napięcie emocjonalne i naturalna dynamika rozwojowa owocowały epizodami gwałtownego pobudzenia. Karane, zmuszane do „bycia grzecznym” z powrotem dysocjowało.

Po przybyciu do nowego domu/placówki dzieci zachowują się w różny sposób. Obserwujemy bunt, agresję, opór przed wszelkim kontaktem, lub też dziecko jest początkowo bardzo grzeczne i posłuszne, a problemy z zachowaniem ujawniają się dopiero po pewnym czasie i to najczęściej bez żadnej zrozumiałej dla opiekuna przyczyny.

W świetle tego, co napisaliśmy powyżej, nietrudno zrozumieć, że w „obu postaciach” dziecko jest zaburzone. Tyle że paradoksalnie w pierwszej „wersji” jego reakcje są zdrowsze, naturalniejsze, podczas gdy dziecko w „wersji” drugiej jest już dzieckiem z rozwiniętymi patologicznymi mechanizmami dysocjacji. Pozory mylą niestety.

Bardzo chcemy uwierzyć, że „wszystko jest w porządku”. Ale najczęściej nie jest – sądy nie „zabierają” dzieci z domu bez ważnego powodu, a nawet gdyby tak się zdarzyło, to już sama utrata rodzinnego domu jest dla dziecka stresem wystarczająco silnym, aby wygenerować poważne zaburzenia, z którymi jego organizm – w sytuacji braku opiekuna, z którym dziecko jest w głębokiej bezpiecznej relacji – „musi poradzić sobie sam”.

Jak w takich sytuacjach zareaguje opiekun?

Scenariusz nr 1

W wypadku dziecka pobudzonego – konsekwentnie je zdyscyplinuje. Dziecko zostanie zmuszone do dostosowania się do reguł obowiązujących w placówce/rodzinie (przy pomocy perswazji, systemu kar, nagród, przymusu fizycznego - nie mylić z biciem - leków, groźby interwencji pogotowia czy policji, lub „umieszczenia w ośrodku czy szpitalu”).

W wypadku dziecka „grzecznego”, podporządkowanego – uzna, że wszystko jest w porządku, dziecko jednak nie sprawia kłopotów. Nie będzie się nim specjalnie interesować, bo musi przecież „ogarnąć” pozostałe dzieci.

Scenariusz nr 2

W wypadku dziecka pobudzonego – opiekun będzie się starał okazać dziecku jak najwięcej ciepła i zrozumienia, będzie stosował strategię „miłość wszystko pokona”. Będzie się starał jak najczęściej przytulać dziecko, okazywać mu permanentne zainteresowanie i troskę, będzie się starał wszystko tłumaczyć, wreszcie będzie prosił i odwoływał się do „sumienia” (zdania typu: „Zobacz, ciocia cię tak kocha, a ty jesteś taki niedobry” itp.).

W wypadku dziecka „grzeczne” – opiekun może „iść za ciosem”. Będzie starał się je ukształtować według swoich wyobrażeń „idealnego dziecka”. Ono zaś będzie się temu podporządkowywać, przyjmując takie formy aktywności jakich oczekuje opiekun.

Oba opisane scenariusze przynoszą najczęściej efekty w postaci w miarę stabilnego codziennego funkcjonowania. Okresy czy epizody gwałtownego pobudzenia (lub dla odmiany całkowitej apatii i braku kontaktu) u wychowanka zdarzają się co pewien czas, ale opiekun radzi sobie z nimi, stosując po raz kolejny któryś z opisanych scenariuszy.

Pozorna stabilizacja organizmu dziecka trwa aż do okresu jego dojrzewania. Wówczas następuje najczęściej „koniec świata” – chaos i kryzys nieporównywalny z tym, którego doświadczają rodzice „zbuntowanych nastolatków” w stabilnych naturalnych rodzinach. „Nie poznaję własnego dziecka”, „Jego coś odmieniło”, „Jakiś diabeł w nią wstąpił” i podobne cytaty to „klasyczne” już wypowiedzi zastępczych opiekunów.

Pojawiają się agresja, totalny sprzeciw wobec wszelkich zasad, alkohol, narkotyki, kradzieże, ucieczki ze szkoły i domu, przynależność do młodzieżowych grup przestępczych, skłonność do wiązania się z „podejrzanego autoramentu” starszymi partnerami, prostytutka etc.

Na przeciwnym biegunie pojawiają się depresja, całkowita klęska w szkole, samookaleczenia, próby samobójcze, bulimia, anoreksja, unikanie wszelkiej wymagającej wysiłku aktywności itp.

Zrozpaczony opiekun w takich sytuacjach mówi: „geny zwyciężyły” lub próbuje znaleźć źródła w otoczeniu dziecka – we wpływie zdemoralizowanych kolegów czy „złego partnera”.

Tymczasem chaos, jaki wytwarza wokół siebie nastolatek, nie jest dla niego niczym egzotycznym. Pod świat chaosu i nieustannych zagrożeń ukształtowały się struktury jego mózgu we wczesnym dzieciństwie i pozostały one niezmienione. Geny mają tu niewielkie znaczenie – przyczyną zaburzeń są dotychczasowe traumatyczne doświadczenia. W świecie pozorów (przypomnijmy: akceptującym i wzmacniającym „pozornie normalną część osobowości” – ANP) nikt nie oczekiwał od dziecka strukturalnych zmian i nad zmianami nie pracował – wymagał jedynie **przystosowania**.

W obu opisanych powyżej scenariuszach oddziaływań opiekun nie miał świadomości, że „pozornie normalne” dziecko wzrastało odgradzone od niego coraz wyższym i grubszym „murem”. Taka jest bezwzględna logika zaburzeń dysocjacyjnych. Paradoksalnie – oba scenariusze (twarda dyscyplina lub „narzucająca się” miłość) z *punktu widzenia doznań dziecka wyglądają identycznie* i to jest prawdziwa **pułapka opiekuna**.

Dziecko wniosło do życia nowej rodziny/nowego otoczenia **swoją** nieprawidłowo ukształtowaną strukturę mózgu, model skrajnych reakcji emocjonalnych i fizjologicznych, niezintegrowaną lub zdeintegrowaną (pofragmentowaną) osobowość oraz **swój** patologiczny wzorzec przywiązania.

Przypomnijmy: w swojej rodzinie biologicznej dziecko było np. karane i nagradzane równocześnie za to samo. Było karane/krzywdzone/zaniebdywane przez kogoś najbliższego; było nagradzane (np. przytulane, chwalone), a chwilę potem znowu było karane, krzywdzone/odrzućane.

Opiekunowi zastępczemu **wydaje się**, że dziecko zaakceptowało **jego model**, tymczasem z punktu widzenia organizmu dziecka patologiczny model relacji wyniesiony z domu rodzinnego trwa bez zmian. Kara, przymus są czymś naturalnym i dobrze znanym. Ciepło, bliskość są czymś zagrażającym – po nim nastąpi przecież ból.

Jednocześnie każda sytuacja (u niektórych dzieci następują one w krótkich odstępach czasowych), w której następuje „wybuch” nadmiernego pobudzenia – niezależnie od tego, który z opisanych powyżej scenariuszy działań zastosuje opiekun – dodaje kolejną „cegiełkę do muru” oddzielającego dziecko od niego. Dziecko „nie ma wyjścia” – jest mniejsze i słabsze od opiekuna i całkowicie od niego zależne, po raz

kolejny uruchamia więc mechanizmy dysocjacyjne. Pozornie normalne i uspokojone, żyje dalej w swoim własnym świecie lub w kilku równoległych światach.

Scenariusze zdrowienia

Cofnijmy się kilkadziesiąt stron, do artykułu Grażyny Lewko:

*„Cierpiące dziecko w każdym z nas wywołuje bardzo silne uczucia. Proces zdrowienia dziecka dokonuje się w relacji z opiekunem, w stałym jej zakłócaniu tymi bardzo trudnymi uczuciami i uczeniu się, że jest dorosły, który pomoże znieść psychiczny ból. Na tym polega naprawa. Do takiej naprawy potrzebny jest rozumiejący i mądry opiekun, nauczyciel, który wie, że czasem dwa dodać dwa nie jest zwykłym dodawaniem, lecz bolesnym wspomnieniem. Potrzebny jest pedagog, który identyfikuje sytuacje powtarzania traumatycznego przeżycia w relacjach z dziećmi, a także psychoterapeuta, który pomagając dziecku, pomoże opiekunowi rozumieć to, co w zachowaniu dziecka wydaje się zupełnie niezrozumiałe. Nie ma innej drogi, aczkolwiek czasem łudzimy się, że ona istnieje. **Nie zbudujemy domu bez fundamentów**, nie postawimy pierwszego piętra, gdy nie ma parteru. Ta sama zasada obowiązuje w rozwoju psychicznym i nie ma żadnej drogi na skróty”.*

Fundament

Bruce Perry, niekwestionowany autorytet psychotraumatologii dziecięcej, podkreśla, że każda interwencja, każdy schemat postępowania wobec „T” Dziecka powinny odwoływać się na wstępie do jego emocjonalnego wieku rozwojowego, do wieku skojarzonego/skorelowanego z traumą, a nie do wieku metrykalnego. Działania powinny być ukierunkowane na te części układu nerwowego, które aktualnie dominują w zachowaniu dziecka (Perry 2006, w: Wieland 2010, 14)¹⁶. Jakkolwiek jest to trudne do zrozumienia, a tym bardziej zaakceptowania przez opiekuna czy specjalistę, to zachowania „T” Dziecka są wynikiem działania opisanego uprzednio „mózgu przetrwania” (*survival brain*) i oparte w głównej mierze na procesach nieświadomych oraz niepoddających się samokontroli (np. nadmierne pobudzenie) – generowane w niższych piętrach układu nerwowego: w pniu mózgu, śródmózgowiu, układzie limbicznym.

¹⁶ Jest to tzw. neurosekwencyjny model oddziaływań.

Naszym zadaniem jako specjalistów jest takie przemodelowanie – naprawa mechanizmów działania organizmu dziecka, żeby uzyskało ono zdolność regulowania swoich stanów emocjonalnych i potrafiło dokonać syntezy zdeintegrowanych/pofragmentowanych części swojej osobowości tak, aby model działania jego mózgu odpowiadał schematowi *learning brain* – „**mózgu uczącego się**”, w którym procesy nieświadome i prymitywniejsze w sensie rozwojowym modyfikowane są na wyższych piętrach układu nerwowego – w korze mózgowej, **z udziałem największego cudu natury, jakim są ludzka świadomość i wolna wola.**

Zdrowienie – scenariusz nr 1

Praca z dzieckiem odbywa się z udziałem i pod kierownictwem doświadczonego terapeuty (ang. *provider* – terapeuta prowadzący).

Zarysujmy ramy profesjonalnych oddziaływań.

Pierwszym etapem będzie zawsze działanie zorientowane na zapewnienie leczonemu dziecku **bezpieczeństwa** we wszelkich sferach (od fizycznej, zdrowotnej aż po emocjonalną). Rolą terapeuty będzie identyfikacja ew. zagrożeń w środowisku fizycznym i społecznym dziecka, tak na terenie placówki/rodziny, jak np. w środowisku rówieśniczym czy szkolnym. Rolą terapeuty będzie także np. zbadanie, na ile specjaliści tworzący otoczenie instytucjonalne dziecka (ew. wychowawcy, PCPR, przedszkole, szkoła, poradnie i inne) rozumieją dynamikę zaburzeń posttraumatycznych i są w stanie wspierać opiekuna. Jeśli w tej sferze występują istotne luki w profesjonalnym przygotowaniu, rolą terapeuty (najlepiej w porozumieniu z właściwym PCPR/OPS i władzami oświatowymi) będzie ich uzupełnienie. W sytuacji, gdy jest to niemożliwe, wszelkie interwencje terapeutyczne mogą się odbywać jedynie w bardzo ograniczonym zakresie, a np. psychoterapia eksponująca i zorientowana na przeżycia traumatyczne byłaby wręcz błędem w sztuce.

Kolejny etap pracy to wszechstronna diagnoza dziecka. Diagnoza zarówno medyczna (pediatryczna, neurologiczna), jak i ukierunkowana na zaburzenia posttraumatyczne. Jest to proces, a nie jednokrotne

badanie. Wymagać może zarówno stosowania profesjonalnych narzędzi, jak i rygorystycznie przestrzeganych specyficznych procedur. Jej kluczowym elementem jest jednak wnikliwa i długotrwała kliniczna obserwacja terapeuty doświadczonego w pracy „T” Dziećmi, czyniona w ścisłej współpracy z opiekunem.

Kolejnym **zasadniczym** etapem pracy triady: dziecko – opiekun – terapeuta będą działania ukierunkowane na zbudowanie właściwych relacji terapeutycznych pomiędzy dzieckiem i opiekunem: **praca nad budową więzi dziecko – opiekun** i następnie **na tej bazie** kształtowanie u dziecka kompetencji w zakresie autoregulacji – tak fizjologicznej, jak emocjonalnej.

Dopiero na tak zbudowanym **FUNDAMENCIE** możemy skutecznie rozpocząć i rozwijać kształtowanie u dziecka kompetencji społecznych oraz – jeśli będzie to możliwe i konieczne – rozpocząć psychoterapię zorientowaną na przetworzenie i zintegrowanie traumatycznych doświadczeń z wcześniejszych okresów rozwojowych.

Wtedy dopiero słowo „**przystosowanie**” nabierze prawdziwego i racjonalnego znaczenia. Nie ma dróg „na skróty”.

Wszystkie wymienione powyżej etapy to nieprzebrane bogactwo specyficznych dla „T” Dzieci terapeutycznych oddziaływań, metod i technik pracy, profesjonalnych narzędzi etc., obecnie prawie w Polsce nieznanym. To jednak tylko kwestia czasu i konsekwentnej, wszechstronnej edukacji specjalistów.

Zdrowienie – scenariusz nr 2

Praca z dzieckiem odbywa się bez udziału terapeuty, a opiekun zdany jest w działaniu przede wszystkim na siebie. Nie znajduje się jednakże – wbrew pozorom i skali trudności – na straconej pozycji.

Po pierwsze – i najważniejsze – w warunkach opieki zastępczej sprawowanej przez rodzinę dziecko ma w swoim otoczeniu potencjalnego realnego opiekuna. To atut niezaprzeczalny – niezależnie od wszelkich ograniczeń i błędów polskiego „systemu opieki”.

Po drugie – dziecko dysponuje naturalnymi zasobami rozwojowymi. Siła tych naturalnych zasobów może chwilami oszalać. Nie jest nadużyciem porównanie przeżyć dziecka żyjącego w patologicznej rodzinie i potem kolejno i systematycznie przenoszonego z jednego środowiska do innego do warunków obozu koncentracyjnego, uczy-nione w poprzednim artykule. W takich ekstremalnych często warunkach dziecko przetrwało! Naszym zadaniem jako profesjonalistów jest wydobyć tych naturalnych zasobów na światło dzienne. Nie blokowanie ich, ale uruchomienie i sformułowanie na ich bazie planu pracy, jakkolwiek byłoby to trudne i sprzeczne z początkowymi oczekiwaniami otoczenia.

Po trzecie – pomimo że obecnie w warunkach polskich powszechna dostępność profesjonalnie przygotowanych specjalistów – psycho-traumatologów dziecięcych pozostanie jeszcze długo niespełnionym postulatem, to jednak możliwa jest specjalistyczna edukacja opiekunów (w formie warsztatów, treningów, cykli edukacyjnych, lektury) oraz zapewnienie im profesjonalnej superwizji.

Wiedza i oparte na niej zrozumienie mechanizmów funkcjonowania organizmu „T” Dziecka mają ogromne znaczenie praktyczne.

Takie jest też przesłanie niniejszej książki.

Rozumienie mechanizmów „sterujących zachowaniem” zasadniczo zmienia relacje z dzieckiem. Zwłaszcza w sytuacjach kryzysu.

Pewien opiekun w trakcie kolejnej superwizji powiedział nam tak: „(...) Adaś szalał, a ja czułem się jakoś inaczej niż zawsze, wiedziałem, że on ma dziesięć lat, ale czułem, jakby to było wrzeszczące niemowlę, które ma kolkę, a nie dziesięciolatek. (...) Było inaczej – chyba nawet zacząłem się uśmiechać. On to musiał jakoś wyczuć, bo zaczął mnie obserwować, (...) potem wyszliśmy przed dom. Potem jeszcze trochę burczał, ale poszedł spać. Mnie też chciało się spać”.

Nie należy oczekiwać „cudów” – szybkich i trwałych efektów. Jak pisze wspomniany już Perry: „kluczem jest powtarzanie”.

Zaprzyjaźniony dyrektor RDD opowiedział: „(...) tak jak mówiłeś, zrobiłem im taki wykład – że dziecko, aby być zdrowe, musi zostać dwieście pięćdziesiąt tysięcy razy przytulone, pogłaskane i pocałowane, (...) i teraz jest cyrk – dzisiaj byli u nas znajomi, a one przyszły do stołu, uwały się na mnie i mówią: «wujek! jeszcze zostało dwieście trzydzieści cztery tysiące dwieście dwanaście! – przytul!», (...) jak one to liczą?!... ale liczą – sprawdziliśmy!”.

Kilka porad na zakończenie – czyli jak sobie radzić z pobudzeniem i dysocjacją u dziecka.

1. **Nie czekaj na pojawienie się problemów**, gdyż one pojawią się na pewno. Działaj, reaguj, zanim się pojawią – wtedy gdy jest jeszcze spokojnie i bezpiecznie – oddziałuj profilaktycznie na te sfery organizmu dziecka, które są „odpowiedzialne” za pobudzenie i dysocjację.

Codzienną rutyną w domu/placówce powinny być:

- Mierzenie temperatury, ciśnienia i pulsu wszystkim dzieciom i sobie (najlepiej wspólnie), zapisywanie wyników (to oswoja z reakcjami fizjologicznymi – ogromnym źródłem subiektywnie odczuwanego przez dzieci zagrożenia).
- Systematyczne pytanie dzieci o to jak się czują z zastosowaniem 10-stopniowej skali. Początkowo w bezpiecznych sferach – „Jesteś śpiąca? Na ile? Dwa? Pięć? Dziewięć?”, „Jesteś głodny? Na ile?” etc. W miarę „oswajania” dziecka pytania będą mogły dotyczyć innych sfer np. „Jesteś zły? Na ile? A teraz?” etc.
- Różne formy masażu („drapanki”, nacieranie etc. pleców, stóp – zanim zaczniemy masaż, należy otwarcie i konkretnie omówić „gdzie wolno dotykać, a gdzie nie”. Pośród dzieci będą takie, które w ogóle nie pozwolą się dotykać i nie należy ich rzecz jasna zmuszać. Dalej – wspólne ćwiczenia oddechowe (razem oddychamy w tym samym rytmie, wspólnie licząc oddechy), przytulanie (przytulasz wtedy, gdy to dziecko przychodzi się przytulić, a nie wtedy, gdy ty tego chcesz).

- Częste słuchanie rytmicznej muzyki, wspólny taniec, bujanie się (w trakcie zabawy, tańca, ale także w hamaku – który jest obowiązkowym wyposażeniem placówki), znakomicie byłoby, gdyby dzieci mogły uczestniczyć w zajęciach typu tai-chi, aikido, ale także np. capoeira (atrakcyjniejsze dla starszych) i inne.
- Niesamowite efekty daje wspólna gra na bębnach (początkowo niezbędnym jest instruktor), elektroniczny kamerton, głośno tykający tradycyjny budzik.
- Wspólna opieka nad zwierzętami – jednak nie obarczaj dziecka odpowiedzialnością za opiekę nad zwierzęciem, to się nie uda, to ty masz się opiekować psem, kotem czy rybką – dziecko ma obserwować i naśladować twoje działania, a następnie „małymi krokami” przejąć część obowiązków.
- Wspólna aktywność sportowa. U dzieci, które mają problem z kontaktem fizycznym – np. naucz dziecko jazdy na nartach w ten sposób, że zjeżdżacie z bezpiecznej górki razem, a dziecko jedzie w twoich objęciach z nartami pomiędzy twoimi nogami. Jeśli nie potrafisz jeździć na nartach, zrób to samo z sankami (w lecie na sztucznym torze). Ważne też są gry typu ping-pong, ale także zwykłe rzucanie do siebie piłki czy innych przedmiotów. Istotne jest, żeby dziecko rzucało pierwsze.

Dziecku, które na wszystko mówi „nie”, można zaproponować „zabawę w dżojstik” – bierzesz do prawej ręki jajko, na podłodze stawiasz kubek, zasłaniasz oczy, dziecko chwyta cię za lewą rękę i steruje nią tak jak dżojstikiem; twoja prawa ręka odzwierciedla ruchy; w rezultacie jajko wpada do kubka (albo i nie).

„Zgub się wspólnie z dzieckiem w lesie” i „w ostatniej chwili odnajdź drogę”. Zabierz dziecko do parku linowego i na ściankę wspinaczkową. Ty asekurujesz.

Tego rodzaju i bardziej skomplikowanych „sposobów” na przeciwdziałanie kryzysom są rzecz jasna setki – uczymy ich na warsztatach.

Działania opisane powyżej znakomicie sprawdzają się w warunkach kilkuosobowej grupy dzieci. Powinny one mieć formę systematy-

cznych, powtarzalnych i stale obecnych rytuałów i czynności rutynowych. I powinny być dobrą zabawą.

Nietrudno się domyślić, że działania tego typu z jednej strony wpływają kojąco na układ nerwowy, a z drugiej budują przywiązanie pomiędzy dzieckiem i opiekunem. Dzięki temu, gdy nadejdzie kryzys, i opiekunowi, i dziecku będzie dwa razy łatwiej.

2. Gdy nadejdzie kryzys – gwałtowne pobudzenie lub pojawi się głębsza dysocjacja.

- Zaakceptuj wszystkie emocje dziecka – nawet najbardziej ekstremalne. **Pozwól mu przeżyć je przy tobie.** Teraz rozumiesz, skąd się biorą i nie „bierzesz ich do siebie”. Musisz zachować równowagę – to bardzo trudne (emocje dziecka generują równie silne emocje u ciebie) – ale z każdą kolejną sytuacją coraz łatwiejsze. Bardzo szybko nauczysz się „wyczuwać”, kiedy nastąpi kolejny kryzys.
- Nie narzucaj się z „czułościami” – w chwili kryzysu to dla dziecka taki sam „atak”, jak gdybyś wziął do ręki kij. Zapomnij o tym, że potrafisz mówić – dziecko i tak cię „nie słyszy”. Możesz sobie mruzczyć albo śpiewać. Idźcie razem na spacer, wsadź dziecko do samochodu i pojeźdźcie w kółko. Niczego nie komentuj, po prostu bądź przy dziecku. Jeśli zachowanie dziecka zagraża jemu samemu albo innym, nie bój się użyć fizycznego unieruchomienia. Posadź szalejącego dzieciaka na kolanach, obejmij mocno.

Dobrze robi bujanie, noszenie na rękach, „na barana”, jeśli nie są zagrożone twoje uszy.

Gdy trzymasz dziecko na kolanach głośno i głęboko oddychaj tak, żeby dziecko czuło ruchy klatki piersiowej. Po jakimś czasie zaczniesz oddychać twoim rytmem.

Bardzo ważne! Bezpośrednio po przybyciu każdego nowego dziecka do domu/placówki (i trzeba co pewien czas taki „pokaz” powtarzać) należy powiedzieć dzieciom o **zasadzie nr 1** – „Nikomui nie wolno krzywdzić siebie ani innych”. Następnie należy zademonstrować

w formie scenki, co robi opiekun, gdy będzie musiał użyć siły fizycznej. Wtedy dziecko nie odbierze unieruchomienia jako przemocy, gdy już nadejdzie kryzys.

- Gdy dziecko „odpływa”, traci chwilowo kontakt z rzeczywistością (porównaj opis łagodnej dysocjacji z poprzednich stron), zaakceptuj to i poczekaj „aż wróci”. Nie wymagaj skupienia i uwagi – gdyby dziecko potrafiło się skupić, zrobiłoby to samodzielnie. Poniżej opis bardzo profesjonalnego zachowania wolontariusza w takiej sytuacji:

Piotruś po pięciu minutach odrabiania lekcji „odpłynął”, uśmiechał się grzecznie, ale zapytany o wynik nie reagował. Wolontariusz wziął go delikatnie za rękę i szeptem zapytał: „Hej, mały, gdzie teraz jesteś?”. Piotruś otrząsnął się, rozejrzał wokół nieprzytomnym wzrokiem, potem oczy mu się roziskrzyły i powiedział cichutko: „Z tatą na rybach”. Wolontariusz zapytał o rodzaj wędki, przynęty, jakiej używali, pogadali chwilę o rybach. Potem wrócili do ułamków.

Zakończenie

Każda sytuacja, w której wystąpią u dziecka skrajne pobudzenie lub poważne formy dysocjacji, a opiekun odwoła się do dyscypliny, przymusu, użyje groźby czy nagany etc. (wyjątkiem są sytuacje zagrażające zdrowiu lub życiu) – to kolejna „cegiełka do muru”, jakim oddziela się od wychowanka, i co gorsza, jakim wychowanek oddziela się od świata i od części siebie samego. Zmusza ona bowiem dziecko do uruchomienia lub pogłębienia mechanizmów dysocjacji.

Każda sytuacja, w której opiekun zachowa się tak, jak przedstawiłem, to w schematach zdrowienia „zdzęcie z muru jednej cegiełki”.

Dzieci są różne i „mur”, z jakim przychodzą do nas, też ma różną grubość i wysokość. Ale jest obecny zawsze. Od nas zależy, jak będzie wyglądał za rok, za 3 lata i w chwili, gdy dziecko będzie opuszczało rodzinny dom dziecka.

Literatura:

Bowlby J., 2007, *Przywiązanie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

Courtois C., Ford J., 2009, *Treating Complex Traumatic Stress Disorders. An Evidence-Based Guide*, The Guilford Press, New York, London.

Damasio A., 2005, *W poszukiwaniu Spinozy. Radość, smutek i czujący mózg*, Dom Wydawniczy REBIS, Poznań.

Dell P., O'Neil J., 2009, *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*, Taylor & Francis,

Drozdowski L., 2009, *Dzieci po doświadczeniu nadużyć seksualnych w polskim systemie wychowania, terapii, pracy socjalnej i edukacji. Model teoretyczny i doświadczenia praktyczne*, „Standardy Medyczne – Pediatria”, 39-11.

Drozdowski L., Dufner H., Mazurska Hulu M., 2011, *Jak pomóc dziecku, które przeżyło zbyt wiele*, TPD Jarosław.

Falk J., David M., Vincze M., Malek-Yonan V., 1999, *Relacja dorosły – dziecko w opiece zastępczej*, redakcja Maria Kolankiewicz, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa.

Foa E., Keane T.M., Friedman M. J., 2008, *Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*, The Guilford Press, New York, London.

Fosha D., Siegel D., Solomon M., 2009, *The Healing Power of Emotion: Affective Neuroscience, Development and Clinical Practice*, W. W. Norton & Company Ltd., New York.

Gabbard G., 2009, *Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.

van der Hart O., Nijenhuis E., Steele K., 2006, *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*, Norton.

Kinniburgh M., Blaustein M., 2010, *Treating Traumatic Stress in Children and Adolescents*, The Guilford Press, New York, London.

van der Kolk B., 2005, *Developmental Trauma Disorder*, „Psychiatric Annals”, 35-5.

van der Kolk B., Pynoos R. S., Cicchetti D., Cloitre M., D’Andrea W., Ford J. D., Lieberman A. F., Putnam F. W., Saxe G., Spinazzola J., Stolbach B. G., Teicher M., 2009, *Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-V*.

Lewis M., 2005, *Self-organizing individual differences in brain development – Developmental Review*, Elsevier, Amsterdam.

Lewis M., Granic I., Lamm C., 2006, *Behavioral Differences in Aggressive Children Linked with Neural Mechanisms of Emotion Regulation*, „Annals New York Academy of Sciences”, t. 1094, nr 1.

Liotti G., 2006, *A model of dissociation based on attachment theory and research*, „Journal of trauma and dissociation”, 7 (4).

Lodalén M., 2009, *Dårens dotter*, Tyskladn, GGP Media GmbH.

Murawiec S., Żechowski C., 2009, *Od neurobiologii do psychoterapii*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.

Saxe G., Ellis B., Kaplow J., 2007, *Collaborative Treatment of Traumatized Children and Teens*, The Guilford Press, New York, London.

Schore A., 1994, *Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development*, Lawrence Erlbaum Associates.

Schore J., Schore A., 2008, *Modern Attachment Theory: The Central Role of Affect Regulation in Development and Treatment*, „Clinical Social Work Journal”, nr 36.

Webb N. B., 2007, *Play Therapy with Children in Crisis*, The Guilford Press, New York, London.

Wieland S., 2010, *Dissociation in Traumatized Children and Adolescents: Theory and Clinical Interventions*, Routledge, Nowy Jork.

Leszek Drozdowski – *terapeuta, ekspert w obszarze rodzinnej opieki zastępczej z praktyką kliniczną. Tematyka artykułu oraz warsztatów podczas konferencji dotyczą metod pracy w opiece zastępczej z dzieckiem przejawiającym zachowania ekstremalne, niepoddające się tradycyjnym oddziaływaniom wychowawczym i terapeutycznym.*

Pomyślmy o tym...

Leszek Drozdowski
Barbara Weigl

Zakończenie

Sytuacja dziecka w opiece zastępczej to temat, który pojawia się w społecznej świadomości głównie w okresie świąt Bożego Narodzenia lub podczas doraźnych akcji, gdy wysyłamy do domów dziecka nie zawsze potrzebne podarunki lub organizujemy zbiórki pieniędzy. Pojawia się także wtedy, gdy media donoszą o skandalu czy nadużyciach. Na co dzień dziecko przebywające np. w rodzinnym domu dziecka to obraz daleki, obcy, nieprzyciągający naszej uwagi. Tak o nim myślimy: to swoisty margines, dziecko z innego – nie naszego świata, z przestrzeni patologii, o której istnieniu najchętniej byśmy zapomnieli. To wielki błąd. **Te dzieci są tak samo nasze** jak dzieci rodziny, przyjaciół czy sąsiadów z osiedla.

Spójrzmy na sprawę tak:

Zaburzenia występujące u dzieci w placówkach czy rodzinach zastępczych (dokładnie takie same jak przedstawiliśmy w książce) występują obok nas niemal powszechnie. Co roku tysiące dzieci uczestniczy w nieszczęśliwych, często tragicznych wypadkach. Tysiące dzieci ciężko choruje, niektóre przebywają wiele tygodni w szpitalach, odseparowane od rodziców. Każdego roku setki dzieci spotykają się z ciężką chorobą, depresją, śmiercią w rodzinie. Rozstanie z jednym lub obojgiem rodziców, zaniedbanie, odrzucenie emocjonalne, porzucenie, przemoc – to nie tylko margines. Dziecko spotyka się z nimi

często w tzw. „dobrym domu”. Przemoc – czasem w skrajnej postaci – to także podwórko, szkoła, ulica, koledzy.

Dlatego wiele dzieci cierpi i będzie cierpieć na poważne zaburzenia posttraumatyczne, właśnie takie, jakie opisaliśmy, zaburzenia czasem fatalnie diagnozowane lub niediagnozowane w ogóle i nieleczone w sposób profesjonalny.

Tworząc skuteczny system wsparcia dla dzieci z tego typu zaburzeniami, stworzymy go nie tylko dla opieki zastępczej. Tworzymy go dla wszystkich dzieci potrzebujących – także naszych własnych, biologicznych.

Pomyślmy o tym w taki właśnie sposób!