

## Prowokacja odrzucenia czy pragnienie bliskości? Znaczenie relacji rodzic zastępczy – dziecko dla niwelowania deficytów wynikających z diagnozy „zaburzenia więzi”

Provocation of rejection or yearning for closeness? The significance of the relationship between a foster parent and a child in bridging the deficiencies resulting from the reactive attachment disorder diagnosis

<sup>1</sup> Oddział Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II, ul. Gabrieli Zapolskiej 3, 41-218 Sosnowiec

<sup>2</sup> Katedra i Klinika Psychiatrii i Psychoterapii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, ul. Ziołowa 45/47, 40-635 Katowice

Correspondence to: Małgorzata Janas-Kozik, Oddział Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II, ul. Gabrieli Zapolskiej 3, 41-218 Sosnowiec, tel.: 32 720 77 60, faks: 32 720 77 60, tel. kom.: 606 820 812, e-mail: mjkozik@o2.pl

Source of financing: Department own sources

### Streszczenie

Autorki podejmują temat znaczenia relacji pomiędzy rodziną zastępczą a dzieckiem prezentującym objawy zaburzeń więzi, których domeną jest wykształcona wskutek rozlicznych traum, w tym odrzucenia w krytycznym okresie życia dziecka (od 6. miesiąca do 3. roku życia), jego skłonność do odtwarzania i prowokowania w późniejszych relacjach wczesnego odrzucenia – czyni to albo przez przesadne próby uzyskania uwagi i wsparcia od jakiegokolwiek dostępnej osoby dorosłej, albo poprzez skrajną niechęć do inicjowania lub przyjmowania pociechy i uczucia, szczególnie w stanie przygnębienia. Zaprezentowany przypadek Patryka przedstawia trudności, jakie mogą pojawiać się na drodze kształtowania się więzi rodzic – dziecko w nowo powstającej jednostce rodzinnej – rodzina zastępcza, oraz pokazuje, jak ważne w tym okresie jest wsparcie instytucjonalne obejmujące zarówno indywidualną terapię dziecka, jak i terapię rodzinną. Pierwsza z nich ma na celu umożliwienie dziecku przepracowania pierwotnego odrzucenia i związanych z tym dezadaptacyjnych mechanizmów funkcjonowania, z których najczęstszym jest niewątpliwie zaprzeczanie emocjom i pojawiającym się potrzebom. Celem drugiej jest z kolei ułatwienie wdrożenia owych zmian do systemu rodzinnego, pomoc w rozwoju korektywnej relacji pomiędzy dzieckiem a nową rodziną oraz sukcesywne przepracowywanie pojawiających się problemów. W opisie tego przypadku autorki poruszają również problem trudności, jakich doświadczają dzieci diagnozowane w kategorii zaburzeń więzi, oraz uwidaczniają dylematy, jakie napotykają ich zastępczy rodzice. Prezentowany przypadek uwidacznia również zależność pomiędzy prawidłowym rozwojem dziecka, skutecznością oddziaływań terapeutycznych a konstruktem osobowościowym nowych opiekunów, elementów mających istotne znaczenie dla jakości relacji powstającej pomiędzy „nowymi” rodzicami a dzieckiem.

**Słowa kluczowe:** rodzina zastępcza, dziecko w rodzinie zastępczej, zaburzenia więzi, zaburzenia zachowania i emocji, deficyt emocjonalny

### Summary

The authors discuss the issue of significance of a relationship between a foster family and a child manifesting the reactive attachment disorder (RAD) symptoms. The domain of these symptoms is a disposition – developed due to numerous traumas, including a rejection in the critical period of a child's life (3-month-old to 3-year-old) – to reproduce and provoke early rejection in future relationships, either through exaggerated attempts to attract attention and gain support from any of the available adults, or through an extreme resentment to initiate or accept consolation and affection, especially in the melancholy state. The presented case of Patryk reveals difficulties which may appear in the process of shaping the parent – child relationship in a newly-established family unit – a foster family. The case also shows the importance of institutional support in this process which covers both the child's individual therapy and family therapy. The aim of the former is to give the child a possibility to work out

the initial rejection and disadaptation mechanisms of functioning, the most frequent of which is the rejection of emotions and emerging needs. On the other hand, the aim of the latter is to facilitate the implementation of those changes into the family system, to help in developing a correlative relation between the child and the new family, as well as in consecutive working out of emerging problems. The case description also discusses the difficulties experienced by the children diagnosed with RAD and points out the dilemmas frequently encountered by their foster parents. The paper also highlights the dependencies between a child's normal development, the effectiveness of therapeutic influence and the personality construct of the foster parents, which are the critical elements for the quality of the relationship which starts to emerge between the "new" parents and a child.

**Key words:** foster family, a child in a foster family, reactive attachment disorder (RAD), emotional and behavioural disorders (EDB), emotional deficiency

## WPROWADZENIE

Rodzina zastępcza sprawuje opiekę i zapewnia wychowanie dzieciom pozbawionym całkowicie lub częściowo opieki rodzicielskiej, a także niedostosowanym społecznie. Zadaniem rodziny zastępczej jest zapewnienie dziecku warunków rozwoju i wychowania odpowiednich do jego stanu zdrowia i poziomu rozwoju, w tym odpowiednich warunków bytowych, możliwości rozwoju fizycznego, psychicznego i społecznego. Rodzina zastępcza zaspokaja indywidualne potrzeby dziecka, umożliwia właściwą edukację i rozwój zainteresowań, jak również stwarza odpowiednie warunki do wypoczynku i organizacji czasu wolnego. Funkcja rodziny zastępczej rozpoczyna się w dniu wydania orzeczenia sądu i umieszczenia dziecka w rodzinie zastępczej, natomiast ustaje z dniem rozwiązania rodziny zastępczej orzeczeniem sądu lub z dniem osiągnięcia przez dziecko pełnoletności. Rodziny zastępcze w zależności od ilości dzieci, ich stanu zdrowia, długości ich pobytu w rodzinie itp. mogą różnić się między sobą, jednakże wszystkie kierują się wspólnym celem: dobrem dzieci. Wśród rodzin zastępczych wyróżniamy rodziny spokrewnione i niespokrewnione z dzieckiem. Te ostatnie to takie, których członków nie wiąże żaden stosunek pokrewieństwa. Są ustanawiane przez sąd rodzinny, przed którym składają sprawozdania z opieki nad dzieckiem. Otrzymują pomoc finansową z tytułu opieki nad dzieckiem oraz dodatek z tytułu braku pokrewieństwa. Grupa rodzin zawodowych niespokrewnionych z dzieckiem obejmuje rodziny wielodzietne, specjalistyczne oraz o charakterze pogotowia opiekuńczego.

Rodzina zastępcza spokrewniona to rodzina, którą łączy jakiś stosunek pokrewieństwa z dzieckiem, tym samym funkcje rodziny zastępczej spokrewnionej mogą pełnić dziadkowie, pełnoletnie rodzeństwo itp.<sup>(1)</sup>

Dzieci przebywające w rodzinach zastępczych niejednokrotnie prezentują wiele trudności. Jedną z podstawowych jednostek diagnostycznych stają się zaburzenia więzi.

Zaburzenia więzi powstają na skutek niemożności utworzenia normalnych więzi z podstawowymi opiekunami we wczesnym dzieciństwie. Taka sytuacja może wynikać z poważnych wczesnych doświadczeń zaniedbania, przemocy, nagłego oddzielenia od opiekunów w szczególnie ważnym dla dziecka okresie od szóstego miesiąca do trzeciego roku życia, częstych zmian opiekunów lub braku reakcji ze strony opiekuna na wysiłki komunikacyjne wykazywane przez dziecko<sup>(2)</sup>.

Teoria więzi ujmowana przez Bowlby'ego traktowana jest jako podstawowa cecha natury ludzkiej, której zaczątki obecne są już u noworodków. Obejmuje ona zdolność do tworzenia silnych emocjonalnie relacji z wybranymi osobami: „Pod warunkiem, że stosunki rodzinne będą układały się pomyślnie, nie tylko te wczesne wzorce myślenia, odczuwania i zachowania są podtrzymywane, lecz w coraz większym zakresie osobowość staje się tak ustrukturowana, by działać z umiarkowaną kontrolą i prężnością oraz z coraz większą zdolnością do rozwijania się tą drogą, nawet mimo niekorzystnych okoliczności. Inne doświadczenia wczesnego i późniejszego dzieciństwa przynoszą skutki innego rodzaju, prowadząc zazwyczaj do ukształtowania się struktur osobowości o mniejszej prężności, które jednak również są trwałe. Z kolei od tego jak ustrukturowała się osobowość jednostki, zależy to, jak jednostka ta będzie reagowała na późniejsze niepożądane wydarzenia, wśród których odrzucenie, separacje i straty należą do najważniejszych”<sup>(3)</sup>.

Międzynarodowa klasyfikacja chorób (ICD-10) klasyfikuje zaburzenia więzi w ramach kategorii F94: zaburzenia funkcjonowania społecznego rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie, wyodrębniając dwa rozpoznania. Pierwsze z nich to F94.1 – reaktywne zaburzenia przywiązania w dzieciństwie, drugie – F94.2: zaburzenia selektywności przywiązania w dzieciństwie<sup>(4)</sup>.

Według DSM-IV zaburzenia więzi ujmowane są w ramach kategorii: inne zaburzenia wieku niemowlęcego, dziecięcego i młodzieżowego.

Wśród reaktywnych zaburzeń więzi w wieku niemowlęcym lub wczesnodziecięcym wyodrębniono dwa typy: zahamowany i rozhamowany.

Zaburzenia, które pojawiają się w tych samych okolicznościach co zaburzenia więzi, to głównie opóźnienia rozwojowe i zaburzenia języka kojarzone z zaniedbaniem<sup>(5)</sup>. Zaburzenia zachowania, opozycyjno-buntownicze, lękowe, zespół stresu pourazowego i fobia społeczna mają wiele wspólnych symptomów i często współlistnieją lub są mylone z zaburzeniem więzi. Zachowania w zespole zaburzenia więzi u dzieci z domów dziecka są zestawiane z problemami związanymi z uwagą i zachowaniem oraz kwestiami kognitywnymi, niemniej jednak wskazują na wyraźny zespół symptomów i zachowań<sup>(6)</sup>.

Dziecko umieszczone w rodzinie zastępczej niesie ze sobą bagaż trudnych doświadczeń, zaniedbań wychowawczych, traum. Doświadczenia te mają wpływ na nieumiejętność rozwinięcia zaufania względem osób dorosłych oraz wzmacniają lęk przed nawiązaniem z nimi więzi. Umieszczenie dziecka w rodzinie

zastępczej pozostawionej bez wsparcia często kończy się niepowodzeniem. Dziecko umieszczone w „nowej” rodzinie swoje początkowe kontakty nawiązuje pozornie i powierzchownie. W momencie nawiązania głębszych relacji pojawia się u niego tendencja do powtarzania dawnych stereotypowych zachowań, będących prowokacją do odrzucenia, którego doświadczyło wcześniej od osób znaczących. Tym samym dzieci te prowokują do powtórzenia przeżytej traumy<sup>(2)</sup>.

Uznaje się, że dzieci z diagnozą zaburzenia więzi mają poważnie zaburzone wewnętrzne modele działania w związkach z innymi ludźmi, co w późniejszym życiu może prowadzić do zaburzeń w kontaktach międzyludzkich i w zachowaniu<sup>(5)</sup>.

Reakcje opiekuna pomagają w rozwoju modeli więzi, które z kolei prowadzą do utrwalonych wewnętrznych modeli, a te dyktują uczuciami danej osoby, jej myślami i oczekiwaniami w późniejszych związkach<sup>(2)</sup>. W przypadku diagnozy zespołu zaburzenia więzi historia dziecka oraz nietypowe zachowania społeczne muszą sugerować brak utworzenia się więzi dyskryminacyjnych i wybiórczych.

W rodzinach zastępczych u dzieci widoczne są zachowania agresywne i regresywne, izolacja, depresja oraz inne objawy deficytów emocjonalnych.

Dziecko objęte opieką przez rodzinę zastępczą przenosi swoje wyobrażenie o własnych rodzicach na obecnych opiekunów, w wyniku lęku spowodowanego nawiązaniem bliskiej więzi i zyskaniem nowych obiektów znaczących.

Niepowodzenie w rozwoju dziecka umieszczonego w rodzinie zastępczej lub adopcyjnej staje się podwójną tragedią: dla dziecka – gdyż utwierdza się ono w przekonaniu, że zawsze będzie odrzucane, oraz opiekunów – ponieważ doświadczyli porażki i posiadają pragnienia rozstania, a tym samym ponownego porzucenia dziecka<sup>(2)</sup>.

## PREZENTACJA PRZYPADKU

Trzynastoletni Patryk był hospitalizowany na Oddziale Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego (Oddział PiPWR) przez okres miesiąca. W tym czasie odbyło się 8 spotkań terapii indywidualnej i 2 spotkania rodzinne.

### KONTEKST PRZYJĘCIA DO SZPITALA

Z relacji matki zastępczej wynikało, iż problemy chłopca dotyczyły środowiska domowego i szkolnego. Obejmowały zaburzenia kontroli własnej impulsywności pod postacią dokonywania kradzieży, podpalenia, rozhamowanie seksualne, agresję fizyczną wobec młodszego brata, spożywanie produktów niejadalnych, niszczenie swoich ubrań, zachowania infantylne, apatię, izolowanie się, zanieczyszczanie się kałem. W środowisku szkolnym chłopiec przeszkadzał na lekcjach, był wulgarny.

Przy przyjęciu na Oddział chłopiec był zorientowany auto- i allopsychicznie, w powierzchownym kontakcie werbalnym, w obniżonym nastroju, napęd psychoruchowy wyrównany, afekt dostosowany.

Od 7 lat pozostaje pod stałą opieką pedagogiczną i logopedyczną.

W 2007 roku pacjent trafił do szpitala, gdzie miał wykonane plukanie żołądka z powodu połknięcia preparatów witaminowych i paracetamolu.

We wczesnym dzieciństwie i niemowlęctwie miały miejsce liczne hospitalizacje z powodu przebytych urazów i infekcji dróg oddechowych. Pobyty szpitalne z powodu infekcji dróg oddechowych występowały również często w trakcie pobytu w rodzinie zastępczej. Dziecko we wczesnym okresie życia było maltretowane (w 4. roku życia wyrzucony z 1. piętra), doświadczyło zaniedbań rozwojowych. Wystąpił opóźniony rozwój mowy (pierwsze słowa wypowiedział w 5. roku życia) oraz opóźniony trening czystości (w 6. roku życia).

Przy przyjęciu na Oddział PiPWR matka zgłosiła diagnozę upośledzenia umysłowego w stopniu lekkim.

### HISTORIA ŻYCIA CHŁOPCA

Chłopiec w wieku 4 lat został zabrany rodzinie biologicznej z powodu niewydolności, zaniedbań oraz maltretowania dziecka. Przez okres roku pozostawał w domu dziecka, od 5. roku życia pozostaje w rodzinie zastępczej. Matka zastępcza posiada wykształcenie wyższe, ojciec zastępczy – średnie. Rodzina ma dwoje biologicznych dzieci, są to chłopcy w wieku 8 i 3 lat.

Chłopiec powtarzał klasę „0”, obecnie ma przyznane nauczanie w gimnazjum specjalnym na cały okres trwania nauki z powodu upośledzenia umysłowego w stopniu lekkim.

Od 2007 roku kształcenie to jest realizowane w ośrodku szkolno-wychowawczym.

### RELACJA TERAPEUTYCZNA

Pacjent początkowo prezentował się jako lękowy, z niepokojem manipulacyjnym, który udawało się mu opanować. W trakcie spotkań współpracował, widocznie poszukiwał kontaktu. Obserwowano deficyt emocjonalny, lęk przed opuszczeniem, brak poczucia stabilności.

Patryk nie potwierdzał zgłaszanych przez mamę objawów, w wyniku rozmów z chłopcem większość symptomów okazywała się epizodami. Część utrzymujących się obecnie zachowań (zabieranie drobnych kwot pieniędzy, zjadanie rzeczy niejadalnych) wynikało z potrzeby zwrócenia na siebie uwagi i nawiązania kontaktu; na pytanie, co robił z zabieranymi mamie pieniędzmi, odpowiadał: „Kupowałem jedzenie i częstowałem kolegów”. Zachowania chłopca miały na celu nawiązywanie relacji i poszukiwanie kontaktów, które zapewniłyby mu poczucie akceptacji i przynależności. Chłopiec nie przejawiał cech impulsywności. Widoczne były mechanizmy zaprzeczania chroniące go przed depresją. Poprzez liczne somatyzacje (częste infekcje dróg oddechowych) wyrażał swoje emocje, w tym głównie smutek oraz złość względem obiektów znaczących. Patryk zaprzeczał, głównie smutkowi, jaki występował w wyniku emocjonalnego porzucenia go przez rodziców zastępczych: „Nie jest mi smutno, że nie jadę z mamą, tatą i braćmi na wakacje, u babci też będzie fajnie..., nie brakuje mi odwiedzin mamy, w szpitalu jest fajnie...”.

Widoczna była rywalizacja z bratem o uwagę ze strony mamy. Chłopiec negocjował zgłaszaną przez mamę agresję kierowaną na

brata, twierdził, że jego zachowania były odpowiedzią na prowokacje. Potwierdziły to spotkania rodzinne oraz zaobserwowanie przez personel Oddziału PiPWR zachowań prowokacyjnych brata względem Patryka, które pojawiały się zawsze pod nieobecność matki. Chłopiec w wyniku doświadczanego lęku przed odrzuceniem przejawiał postawę pasywną oraz tendencję do unikania kontaktu z własną emocjonalnością i potrzebami. Na informację dotyczącą wypisu zareagował znacznym obniżeniem nastroju.

W trakcie pobytu wykonano badania psychologiczne: WISC-R=76 (inteligencja niższa niż przeciętna). Występowała rozbieżność pomiędzy wynikami poszczególnych skal, obrazująca nieharmonijny rozwój sfery poznawczej, z przewagą skali niewerbalnej nad werbalną, co mogłoby wskazywać na zaniedbanie edukacyjne chłopca.

### **RELACJA RODZINNA**

Chłopiec był rzadko odwiedzany na Oddziale, najczęściej odwiedziny miały miejsce w weekend. Często zgłaszał brak produktów spożywczych – dwukrotnie zabrał bez zgody należące do innego pacjenta słodycze. W związku z tym zachowaniem okazał skrucę, wywiązał się z wyznaczonych mu konsekwencji.

W trakcie sesji rodzinnych widoczny był chłód emocjonalny względem chłopca. Rodzice deklarowali chęć współpracy. Ich relacja z chłopcem miała charakter zadaniowy, oparty głównie na wykonywaniu zaleconych przez poradnię struktur pedagogicznych oraz na egzekwowaniu wykonywanych przez chłopca czynności domowych. Praca nad emocjonalnością w relacji oraz nad rozumieniem znaczenia zaburzonych zachowań chłopca w kontekście prowokowania przez niego odrzucenia i jednocześnie bezustannego jego kontrolowania przebiegała głównie na poziomie werbalnym.

Widoczna była rywalizacja ze starszym bratem, która była obustronna. Brat Patryka na sesji przyznał, że nie obawia się agresji z jego strony (jak wcześniej sugerowała matka) i że zdarza się mu prowokować brata. Z kolei Patryk był bardzo opiekuńczy i odpowiedzialny względem młodszego brata. Rodzice zastępczy deklarowali chęć pozostawienia chłopca w rodzinie, jednocześnie nie chcieli zabrać Patryka na przepustkę. Po zakończonej sesji rodzinnej nie zgodzili się pojechać z chłopcem na badanie, które miałyby się odbyć poza szpitalem, tłumacząc to brakiem czasu. Pacjent pojechał na to badanie z pracownikiem szpitala.

Matka chłopca długo nie chciała dostarczyć wyników poprzedniego badania poziomu inteligencji, które okazały się źle zinterpretowane, w efekcie czego chłopcu niesłusznie zostało przyznane nauczanie w szkole specjalnej. Placówka wystawiająca orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego oraz ustalająca rozpoznanie sprzeczne również z jej własnymi wynikami badań psychologicznych (upośledzenie w stopniu lekkim) była miejscem pracy matki.

Matka początkowo wyrażała skrucę z powodu tego incydentu, w późniejszym etapie kwestionowała proces terapii oraz zalecenia lekarskie.

Sprawę dotyczącą rozbieżności między danymi z wywiadu a obserwacją funkcjonowania dziecka na Oddziale, fałszywej

diagnozy ograniczającej możliwości intelektualne chłopca oraz obserwacji relacji rodzinnych skierowano do sądu rodzinnego celem wyjaśnienia.

### **FUNKCJONOWANIE NA ODDZIALE**

Chłopiec był dostosowany do norm i zasad, poza epizodem dwukrotnej kradzieży spowodowanej brakiem produktów żywnościowych. Po zabranii słodyczy częstował nimi kolegów. Obserwowano wyraźne trudności chłopca we wchodzeniu w relacje z rówieśnikami, przejawiał tendencję do izolowania się. W sytuacjach konfliktowych przyjmował postawę pasywną, wchodził w rolę kozła ofiarnego. W kolejnych tygodniach pobytu coraz lepiej integrował się z grupą, poszukiwał kontaktu z rówieśnikami. Obserwacja pacjenta nie potwierdziła objawów zgłaszanych przez matkę (brak symptomów agresji, zanieczyszczania się kałem, zachowań niedostosowanych społecznie, obserwacji braku kontroli nad impulsami i rozhamowania seksualnego), z wyjątkiem dwóch sytuacji zabrania słodyczy innym pacjentom.

### **ROZUMIENIE PROBLEMATYKI CHŁOPCA I RELACJI RODZINNEJ**

Chłopiec miał wyraźnie zaniżoną samoocenę, trudności w dbaniu o siebie w relacji, które wynikały z poczucia bycia bezwartościowym. Był w nim wyraźny lęk przed niespełnieniem oczekiwań osób znaczących, co również wpływało na rezygnację z zajmowania się własnymi potrzebami. W kontakcie indywidualnym współpracował, poszukiwał bliskości. W sytuacjach, gdy czuł się bezpieczny i miał poczucie przestrzeni dla wyrażania emocji, stawał się refleksyjny, ale i depresyjny. Częste somatyzacje stawały się sposobem na wyrażanie emocji oraz na otrzymywanie opieki poprzez częste hospitalizacje. Połknięcie przez pacjenta w 2007 roku paracetamolu budzi poważne obawy przed możliwością wystąpienia, w wyniku konfrontacji z własną depresyjnością i w związku z brakiem kontynuowania psychoterapii, myśli i tendencji suicydalnych.

Ojciec zastępczy chłopca był wyraźnie wycofany, z kolei matka nieświadomie poprzez swoją zadaniowość broniła się przed zbliżeniem do emocjonalności własnej oraz dziecka. Mechanizmy obronne były powodowane lękiem dotyczącym nieświadomego pragnienia zostawienia Patryka w wyniku niespełniania jej oczekiwań.

Ponadto pojawiające się i wynikające z deficytów emocjonalnych chłopca trudności powodowały u matki nieświadome przeżywanie siebie jako niekompetentnej, wywołując niewyraźną wprost złość względem dziecka. Matka miała wyraźną trudność w rozróżnianiu zachowań rywalizacyjnych braci – nie słuchając Patryka, nieświadomie odrzucała go.

Wzajemna relacja pomiędzy Patrykiem i rodzicami stawała się powtórzeniem traumy porzucenia w dzieciństwie. Przeżycia względem uwewnętrznzonego obiektu oraz realna postawa matki zastępczej blokowały spontaniczność chłopca w zakresie jego własnych reakcji emocjonalnych oraz mówienia o własnych potrzebach. Matka chłopca prezentowała postawę wartościowania oraz lęku przed oceną ze strony innych.



**Główne problemy i obszary pracy z chłopcem to:**

- lęk przed przeżyciem odrzucenia powodujący mechanizmy zaprzeczania i tłumienia emocji;
- lęk przed niespełnieniem oczekiwań;
- trudność w przyjmowaniu opieki i bliskości z powodu poczucia bezwartościowości;
- praca w obrębie deficytu emocjonalnego poprzez budowanie relacji dającej poczucie bezpieczeństwa oraz pozostawiającej przestrzeń na emocjonalność chłopca;
- poprawa zanizonej samooceny.

Chłopiec został wypisany z rozpoznaniem zaburzenia więzi oraz zaburzeń emocjonalnych.

W trakcie hospitalizacji nie stosowano farmakoterapii.

**WNIOSKI**

Prezentowany przypadek pokazuje, jakie trudności mogą pojawiać się w budowaniu nowej więzi w relacji pomiędzy dzieckiem a rodzicem zastępczym. Pozostawienie rodziny bez wsparcia i pomocy terapeutycznej stanowi zagrożenie dla dalszego rozwoju dziecka, a dzieje się to z powodu nieświadomych lęków i wzajemnych oczekiwań, które zamiast przyczyniać się do dostarczenia korektywnych doświadczeń i niwelowania deficytów mogą prowadzić do powtórzenia przez dziecko już raz doświadczonych traum porzucenia. Pomimo zaangażowania rodziny w pracę pedagogiczno-logopedyczną zaniedbany został obszar wzajemnej emocjonalności i potrzeb. Problemy chłopca pojawiały się głównie w warunkach domowych, co w sposób wyraźny sygnalizuje narastające trudności dziecka wynikające zarówno z pierwotnych zaburzeń więzi, jak i obecnej relacji rodzinnej. Podjęcie przez rodzinę terapii rodzinnej daje szansę na przepracowanie wskazanych trudności.

**KOMENTARZ**

Analiza przypadku klinicznego wskazuje na występowanie objawów patologicznych w sferze zachowania i emocji u dziecka przebywającego w rodzinie zastępczej. Ujawnia ona zależność dotyczącą jakości relacji z opiekunami z występowaniem nieprawidłowości rozwojowych, ujmowanych w kategorii zaburzeń więzi. Podstawową cechą jest to, że w modelu utrzymywania więzi przez dzieci dotknięte tym zaburzeniem obecne są albo bezkrytyczne, albo przesadne próby uzyskania pociechy i uczucia od jakiegokolwiek dostępnej osoby dorosłej, nawet względnych nieznanomych – starsze dzieci i nastolatki mogą również kierować swoje próby na rówieśników – albo skrajna niechęć do inicjowania lub przyjmowania pociechy i uczucia, nawet od znanych osób dorosłych, zwłaszcza w stanie przygnębienia<sup>(7)</sup>. Wczesne doświadczenia konfiguracji relacji z obiektem, lęków i obron nie są zjawiskiem przejściowym, lecz posiadają tendencję do utrzymywania się przez całe życie<sup>(8)</sup>. Tendencja do powtarzania przeżycia ponownej traumy wyznacza zachowania dziecka, które często stają się niezrozumiałe dla nowych opiekunów, wywołując ich frustrację i poczucie bezsilności.

Istotą nawiązania nowej więzi stabilnej emocjonalnie i umożliwiającej prawidłowy rozwój dziecka staje się objęcie terapią

nie tylko małoletniego, ale również jego obecnych opiekunów. Leczenie w celu rozwiązania problemów wymaga zaangażowania wszystkich członków „nowej” rodziny, co pozwala na dokonywanie się zmian mniej lub bardziej równocześnie, umożliwiając tym samym zaistnienie i ustabilizowanie się nowego wzorca interakcji<sup>(9)</sup>.

**PODSUMOWANIE**

Przypadek Patryka wskazuje na trudności, jakich doświadczają dzieci diagnozowane w kategorii zaburzeń więzi, oraz uwidacznia dylematy, jakie napotykają ich zastępczy lub adopcyjni rodzice. Dziecko z zaburzeniami więzi prezentuje nieumiejętność tworzenia prawidłowych relacji, ma poczucie odrzucenia i straty spowodowanej zaburzoną więzią z rodzicami/opiekunami, przejawia nieufność w tworzeniu relacji wynikających z braku poczucia bezpieczeństwa i stabilności. Występujące zaburzenia zachowania (jako objaw) należy zawsze rozważyć w kontekście pozyskiwania uwagi opiekunów, tendencji rywalizacyjnych oraz nieumiejętności nazywania własnych emocji. Taka problematyka stawia przed rodzicami zastępczymi trudne zadanie – próbę rozumienia znaczenia zachowań dziecka w celu podejmowania działań reparacyjnych<sup>(9)</sup>.

Powyższa analiza kliniczna przypadku prezentuje zależność pomiędzy prawidłowym rozwojem dziecka (uwzględniającą doświadczenia relacji z obiektem znaczącym), skutecznością oddziaływań terapeutycznych a konstruktorem osobowościowym nowych opiekunów. Elementy te mają istotne znaczenie dla jakości relacji, jaka powstaje pomiędzy „nowymi” rodzicami a dzieckiem.

**PIŚMIENNICTWO:****BIBLIOGRAPHY:**

1. Rodzina zastępcza i jej rodzaje. Adres: [www.rodzinazastepcza.info](http://www.rodzinazastepcza.info).
2. Van Der Does J.J.: Terapeutyczna rodzina zastępcza (*therapeutic foster care* – TFC). Tłum. Klecka M. Adres: [www.psychologia.net.pl](http://www.psychologia.net.pl).
3. Bowlby J.: Przywiązanie. W: Red. Stachowski R., Rzepa T., Domański C. W. Wyd. PWN, Warszawa 2007.
4. ICD-10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Instytut Psychiatrii i Neurologii. Kraków – Warszawa 1997.
5. Boris N.W., Zeanah C.H.; Work Group on Quality Issues: Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder of infancy and early childhood. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2005; 44: 1206-1219.
6. Boris N.W., Hinshaw-Fuselier S.S., Smyke A.T. i wsp.: Comparing criteria for attachment disorders: establishing reliability and validity in high-risk samples. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2004; 43: 568-577.
7. Pawłowska R.: Nieudane adopcje. *Probl. Opiek. Wychow.* 1991; 3: 121-123.
8. Segal H. Wprowadzenie do teorii Melanie Klein. Wyd. GWP, Gdańsk 2005.
9. Janas-Kozik M., Nowak M., Janas A., Hyrnik J.: Miejsce zaburzeń więzi i teorii przywiązania w klinice – doświadczenia własne. *Wiadomości Psychiatryczne* 2008; 11: 147-152.