

PRACA REDAKCYJNA

Ludwika Sadowska^{1,2}, Agata Gruna-Ożarowska², Łukasz Przygoda¹

Potrzeby psychospołeczne i duchowe człowieka oraz terapia zerwanych lub niewytworzonych więzi między matką i dzieckiem

¹Z Instytutu Fizjoterapii Uniwersytetu Rzeszowskiego

²Z Samodzielnej Pracowni Rehabilitacji Rozwojowej – I Katedra Pediatrii Akademii
Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Człowiek prezentuje trzy sfery, a mianowicie cielesną, umysłową i duchową, które są powiązane w wymiarach odpowiedzialności własnej wewnątrzosobowej, międzyosobowej i międzypokoleniowej. W egzystencji życia ziemskiego miłość i cierpienie towarzyszy człowiekowi od zarania jego historii, dotycząc zawsze całej osobowości: ciała, psychiki i duszy. Miłość matki do dziecka od poczęcia, warunkuje powstanie więzi osobowej, która daje poczucie bezpieczeństwa i przynależności uczuciowej, ułatwia dziecku proces separacji i indywidualizacji, rozwój samodzielności, kreatywności i rozbudzanie inicjatywy, kształtuje postawę ufności podstawowej warunkującą zdolność do tworzenia więzi z innymi osobami, niezbędne w procesie wychowania. Niewytworzenie lub zerwanie więzi powoduje chorobę sierocą (maternal deprivation), szpitalną czy zespół zwany karłowatością psychospołeczną. Dziecko z chorobą „zerwanych więzi” poddane leczeniu w fazie I – protestu i II – rozpacz, rokuje poprawę, w fazie III – zobojętnienia, dochodzi do regresji, zarówno w sferze behawioralnej jak i psychosomatycznej, a zmiany stają się nieodwracalne. Wystąpienie zespołu deprywacji u dziecka, w okresie krytycznym dla rozwoju, dezorganizuje globalnie lub częściowo jego osobowość, stając się przyczyną późniejszych zachowań socjopatycznych. Troska o prawidłowy rozwój osobowy dziecka, już od pierwszych etapów życia, musi być priorytetem, działań odpowiedzialnych za zdrowie rodziców, organizatorów służby zdrowia i edukacji. Zaspokojenie podstawowych potrzeb psychicznych dziecka warunkuje pełną jego realizację w dorosłym życiu.

Słowa kluczowe: potrzeby psychiczne dziecka, więź osobowa, zespół deprywacji, terapia

Psychosocial and spiritual needs of man and the therapy of broken or not formed attachment between mother and child

Human being presents three, interconnected on the level of inner, interpersonal and intergenerational responsibility, spheres: corporal, mental and spiritual. Love and suffering have been concomitant aspects of human life since the dawn of man. They always affect body, psyche, soul. Mother love for the child since its conception is a prerequisite for formation of attachment, which guarantees feeling of security and belonging. It makes the process of separation and individualization and growing independent easier. It prompts creativity and initiation. It creates basis for formation of basic trust, which conditions ability to create bonds with other people. These are necessary elements in the process of upbringing. Lack of attachment or broken attachment cause maternal deprivation syndrome, hospital disease or psychosocial dwarfism syndrome. A child that is treated in the first phase – protest – and II – despair – has a good prognosis, in the III phase – of indifference – there occurs regression in behavioral and psychosomatic sphere and changes become irreversible. Occurrence of deprivation syndrome in the child during the critical period of its development totally or partly disorganizes its personality, causing later in life sociopathic behavior. Care for appropriate personal development of the child from the first stages of its life should be

a priority for parents responsible for child's health, health care and education organizers. Meeting basic psychical needs of children is a prerequisite that they find fulfillment in adult life.

Key words: psychical needs of the child, personal attachment, deprivation syndrome, therapy

1. ANTROPOLOGICZNA KONCEPCJA CZŁOWIEKA

Człowiek jest istotą psycho-fizyczno-duchową, jedyny i niepowtarzalny. W życiorysie każdego człowieka, zaczynając od początków ludzkiego życia, to jest od połączenia komórki jajowej z plemnikiem w akcie rodzicielskiej prokreacji, występują indywidualne, genetyczne uwarunkowania dla rozwoju osobowych struktur somatycznych, poznawczych oraz emocjonalnych i duchowych z wpisaną nieśmiertelnością [1, 2].

Indywidualna psychofizyczna jedność człowieka jest antropologiczną wartością stałą, którą potwierdza medycyna psychosomatyczna. Człowiek posiada jedno, wyłącznie do niego należące **ciało** oraz należący do niego **umysł**. Oprócz tego integralną częścią człowieka jest **obszar duchowy**, którego nie można wyjaśnić w kategoriach ciała i umysłu, na którym człowiek ponosi odpowiedzialność i jest wolny. Można przy tym rozróżnić wymiary: wewnątrzosobowy, międzyosobowy i międzypokoleniowy, które współdziałają ze sobą i znajdują wyraz w podmiotowości oraz osobowości człowieka. Wymiary te stanowią podłoże, którym nie jest sam człowiek, a ujawnienie jego zdolności doświadczania jest zadaniem pedagogiki religijnej [3]. Ludzie współcześni, wg opinii Frankla [4] często cierpią z powodu pustki duchowej bądź niewykształconego sensu duchowego. To zjawisko nazywa **neurozą noogenną**, zwracając się przeciwko kierunkom psychologicznym pandeterminizmu i redukcjonizmu, które wyjaśniają fenomeny duchowe jako cielesne lub psychiczne, co ma miejsce np. w psychoanalizie Freuda. Zdaniem Frankla, poprzez logoterapię potwierdzona została empirycznie hipoteza o istnieniu sfery duchowej, co oznacza zdolność człowieka do sięgania poza siebie samego, do wykraczania poza zasięg doświadczenia i poznania ludzkiego. Sfera duchowa, tak jak wspomniane inne dwie sfery, posiada cechy indywidualne i jest obecna zasadniczo przy każdej decyzji życiowej, lecz często zauważana dopiero w sytuacjach kryzysowych. Bycie człowiekiem odbywa się we współdziałaniu tych trzech sfer. Przy czym sfera duchowa jest zależna od sfery fizycznej i psychicznej, jest dynamiczna i obecna, tak jak dwie pozostałe sfery w każdym pojedynczym akcie. Wyżej wymienione sfery pozostają w ścisłej interakcji,

stanowiąc tożsamość osoby, która rozwija się dopiero w konfrontacji ze społeczeństwem.

Działania komunikatywne, a co za tym idzie kontakt z innymi i samym sobą, tworzy podstawę rozwoju tych sfer u dziecka od urodzenia. Ze sposobu zachowania się człowieka można wywnioskować, jaką strukturę mają jego trzy antropologiczne sfery oraz w jaki sposób są ze sobą powiązane we wzajemnym oddziaływaniu.

Warunkiem prawidłowego rozwoju dziecka jest wytworzenie więzi emocjonalnej z matką oraz najbliższymi osobami. Potrzeba kontaktu osobowego jest wrodzona. Więzy osobowa dziecka z matką od pierwszych miesięcy życia daje pełne poczucie bezpieczeństwa, miłości i przynależności uczuciowej, warunkując zdolność do tworzenia więzi uczuciowych z innymi osobami. Postawę uczuciową wobec matki dziecko z czasem przenosi na innych ludzi [5]. Więzy emocjonalne łączące dziecko z bliskimi osobami, określane jako przywiązanie (attachement), odgrywają istotną rolę w rozwoju osobowości dziecka, a także matki i najbliższych osób z otoczenia [6, 7].

2. EWOLUCJA TWORZENIA WIĘZI EMOCJONALNEJ W ROZWOJU DZIECKA

Związek dziecka z matką jest dynamiczny. Podlega on na swego rodzaju ewolucji od pełnej symbiozy i zależności psychofizycznej do separacji i indywidualizacji, czyli wytworzenia się poczucia osobowej tożsamości [8]. Nienarodzone dziecko doświadcza symbiotycznego związku z matką. Organizm matki jest dla niego pierwszym środowiskiem życia. Matka odżywia dziecko, oddycha za nie, uczestniczy w jego homeostazie. Dostarcza bodźców dla kształtujących się i stopniowo dojrzewających narządów zmysłów. Najwcześniej rozwijają się zmysły dotyku, smaku i węchu, potem zmysł słuchu i równowagi, a następnie wzroku [9, 10]. Kontynuacja prenatalnej symbiozy, poprzez stworzenie podobnych warunków życia po urodzeniu, jest małemu dziecku jeszcze długo potrzebna. Stąd tak wielkie znaczenie mają warunki porodu i pierwszych dni życia noworodka dla kształtowania się u niego poczucia bezpieczeństwa i prawidłowych relacji z matką [9, 11, 12, 13]. Poród przynosi dziecku radykalną zmianę sytuacji. Wchodzi ono w obce środowisko o całkowicie zmienionych warunkach. Ze środowiska wewnętrznego organizmu matki o stałych

parametrach temperatury, izolującego od nadmiaru bodźców przechodzi do świata zewnętrznego, pełnego jaskrawego światła, głośnych dźwięków i o znacznie niższej, wahającej się temperaturze. Jedyną stałą rzeczą w nowym otoczeniu jest matka. Stąd zasadne jest zalecenie, aby zaraz po porodzie, przed odpepnieniem, położyć dziecko matce na brzuch, aby mogło odczuć jej ciepło, usłyszeć znajomy rytm bicia jej serca i oddechu, poczuć znajomy zapach, dotknąć, a następnie uchwycić jej pierś [14, 15]. W tym czasie noworodek nie wyodrębnia jeszcze siebie jako całości, uznając się dalej za część organizmu swojej matki [16]. Nie odróżnia też wyraźnie siebie od świata zewnętrznego. Dlatego też nie istnieje dla niego obiektywnie świat przedmiotów, podobnie jak nie istnieje obiektywnie dla niego osoba matki, która pojawia się tylko w chwili, gdy jest postrzegana [17]. Stąd tak ważna jest współobecność matki i dziecka tuż po porodzie, warunkująca wzajemny bezpośredni kontakt dotykowy i wzrokowy. Zgromadzono obecnie wiele dowodów wskazujących na to, że bezpośredni kontakt matki ze swym nowo narodzonym dzieckiem w pierwszych godzinach jego życia, ma istotne znaczenie dla rozbudzenia i rozwoju uczucia miłości macierzyńskiej, bowiem jest to u kobiet okres zwiększonej gotowości hormonalnej i emocjonalnej na kontakt z dzieckiem [18, 19].

Również noworodek przychodzi na świat z wrodzoną gotowością do kontaktu z drugim człowiekiem. Przejawia się ona zarówno w zdolności do fiksowania wzroku na ludzkiej twarzy w większym stopniu niż na innych obiektach, jak również w specyficznej wrażliwości na obecność innych osób w otoczeniu i płynące od nich sygnały [20]. Już bezpośrednio po urodzeniu wyraźna jest zależność stanu emocjonalnego noworodka od sygnałów informujących o obecności matki, a znanych mu już z życia wewnątrzłonowego (tzw. bodźce „znane od zawsze”). Są to przede wszystkim doznania kinestetyczne i dotykowe. Stąd wzięcie dziecka na ręce, przytulenie czy pokołysanie wywołują wyraźną zmianę w jego stanie emocjonalnym [21].

Pełna symbioza niemowlęcia z matką występuje do 6 miesiąca po urodzeniu. Chociaż w tym okresie dziecko zaczyna przedkładać kontakty z matką nad kontakty z osobami obcymi, uśmiecha się do niej więcej niż do innych, nie możemy mówić jeszcze o stabilnej, świadomej więzi emocjonalnej ze strony dziecka. Wiąż ta dopiero kształtuje się, pozostając w korelacji do rozwoju psychoemocjonalnego dziecka [22]. Prawidłowo-

wy rozwój dziecka, tworzenie podstawowych kategorii umysłowych jest podstawą do wyodrębnienia się dziecka ze świata otaczającego. Wytworzone granice między światem zewnętrznym a sobą samym kreują i porządkują relacje ze światem przedmiotów i osób. Niemowlę stopniowo uzmysławia sobie stałość przedmiotów, co znaczy, że zapamiętuje ważne dla siebie przedmioty (od 8 miesiąca życia), np. zabawki, których poszukuje w sytuacji ich nieobecności. Podobnie kształtuje się poczucie trwałości osób [17]. W ten sposób zapoczątkowany zostaje wspomniany proces separacji (zwany też różnicowaniem lub indywidualizacją), w toku którego dziecko oddziela siebie od świata zewnętrznego i matki, różnicuje się jako autonomiczna, samodzielna osoba [8]. Uzmysłowienie sobie przez dziecko faktu, że postrzegane osoby i przedmioty istnieją niezależnie od jego aktywności, umożliwia kształtowanie się jego indywidualnej tożsamości. Pod koniec okresu niemowlęcego dziecko wyodrębnia siebie i matkę jako niezależne osoby fizyczne. W psychice dziecka stopniowo powstaje wewnętrzny obraz matki, jej reprezentacja, którą dziecko zachowuje w pamięci w sytuacjach czasowego rozdzielenia, traktując go jako źródło bezpieczeństwa i punkt orientacyjny w pierwszych samodzielnych próbach poznawania świata [23]. Dopiero te zdarzenia warunkują tworzenie się relacji uczuciowej między dzieckiem i matką. Pierwotny rodzaj więzi opartej na fizycznej zależności od matki przekształca się w nową jakość więzi opartej na miłości. Dziecko roczne obdarza matkę uczuciem nie tylko wtedy, gdy matka jest przy nim obecna. Wyobraża ją sobie, myśli o niej, tęskni za nią, zaś przejawem powstałej więzi uczuciowej jest pojawienie się „uśmiechu rozpoznania” lub lęku przed rozstaniem z matką. Równoległe do rozwoju emocjonalnego zachodzi ewolucja rozwoju społecznego, rozumiana jako kontakt dziecka z drugą osobą. W pierwszych miesiącach życia podstawowym warunkiem odczuwania bezpieczeństwa przez dziecko jest częsty kontakt dotykowy z matką całym ciałem [9, 24]. Jeśli na niemowlę przylegające do matki brzuszkiem, obejmujące ją rękami, ssące lub wtulające się w jej pierś, zadziała bodziec stresowy (nagły hałas, zmiana położenia, ruch powietrza), dziecko to nie wykaże lub w znacznym stopniu będzie miało przyblokowany odruch Moro. Dotykowy kontakt z matką, ma charakter reakcji wrodzonej, umożliwia pojawienie się związku emocjonalnego oraz warunkuje poczucie bezpieczeństwa, niezbędne do eksploracji świata [25, 26, 27, 28].

Ogromne zapotrzebowanie na kontakt fizyczny z matką lub innym opiekunem w pierwszych miesiącach życia stopniowo jednak się zmniejsza w miarę postępowania procesu separacji i tworzenia w umyśle dziecka obrazu matki. Przejawem tych zmian jest stopniowe zastępowanie kontaktu fizycznego, kontaktem psychicznym: od dotyku dłońmi (np. głaskanie, trzymanie za rękę) do kontaktu wzrokowego i werbalnego u dzieci starszych („pieszczota słowna”, piosenka, wspólna zabawa, rozmowa). Wymienione stadia kontaktu nakładają się na siebie kolejno, a pojawienie się bardziej zaawansowanej formy nie powoduje zaniku form wcześniejszych. Zagadnienie wczesnych więzi zyskało na znaczeniu wraz z ukazaniem się prac Lorenza i Tinbergena z dziedziny etologii, a dotyczących zjawiska imprintingu, w polskim piśmiennictwie określanym niekiedy jako „reakcja piętna”. Imprinting występuje u niektórych gatunków ptaków zaraz po wylęgnięciu się z jaj i dotyczy „zafiksowania się” na poruszającym się, większym od pisklęcia obiekcie i następnie podążania za nim. Tym obiektem jest na ogół matka pisklęcia, a zatem reakcja piętna pełni ważną funkcję przystosowawczą. Imprinting kształtuje się w okresie krytycznym dla dojrzewania organizmu. Bowlby uważał, że także u dziecka dochodzi we wczesnym okresie życia do „wdrukowania” obrazu matki, za którym ono podąża i który staje się wzorem do naśladowania. Wrodzona potrzeba posiadania obiektu przywiązania jest tak silna, że gdy brak dorosłego, mającego odpowiednie cechy, dzieci szukają obiektów zastępczych, którymi mogą być inne dzieci, a gdy i ich brak – różne przedmioty, zabawki, koce [6, 25, 29, 30].

3. PODSTAWY FIZJOLOGICZNE TWORZENIA WIĘZI EMOCJONALNEJ

Podstawy przywiązania tkwią w wyposażeniu genetycznym, dzięki któremu m.in. są przekazywane właściwości gatunkowe. Zachowania charakterystyczne dla gatunku nie ograniczają jednak się tylko do instynktownych, utrwalonych form działania, ale podlegają też wpływom środowiska. Funkcja behawioralna przywiązania ze strony rodziców polega na opiece i ochronie dziecka przed zagrożeniami, a ze strony dziecka na szukaniu i utrzymywaniu bliskości ze stałym opiekunem.

Ciągła obecność stałego opiekuna jest pierwszą podstawową determinantą rozwoju więzi osobowej. Matka musi być fizycznie dostępna dla niemowlęcia [5, 23]. Zaspokaja w ten sposób pod-

stawowe potrzeby społeczne: wrodzoną potrzebę przywierania i nieodstępowania wzrokiem.

Matka nieobecna, to matka, która na czas swojej nieobecności poza domem „przestaje istnieć”. Opieka tej samej kochającej osoby stwarza sposobność do ustawicznego porozumiewania przedśłownego i wymiany sygnałów. Dziecko uczy się zatem od matki jej sposobu przeżywania, a także obniża własne napięcia frustracyjne drogą komunikowania swoich potrzeb. Jej obecność daje ciągłość przeżyć niezbędną do budowy podstawowych pojęć powiązań przyczynowo-skutkowych, zadatków poczucia czasu, umiejętności przewidywania.

Drugim niezbędnym warunkiem pojawienia się przywiązania jest aktywność opiekuna wobec dziecka: pochylanie się nad nim, przybliżanie i oddalanie swojej twarzy, dotykanie, głaskanie, branie na ręce, podnoszenie i przytulanie do siebie [29]. Pozawerbalne aktywne „bycie z dzieckiem”, określane przez piśmiennictwo angielskie trudno przetłumaczalnym słowem *grooming* (z ang. „chodzenie koło kogoś”), realizuje się przez codzienne zaspokajanie podstawowych potrzeb życiowych dziecka, jak karmienie, pielęgnowanie, bawienie, pocieszanie.

Trzecim warunkiem rozwoju więzi osobowej jest **szybka reakcja opiekuna na zachowanie się dziecka**. Matka musi być nastawiona na stałe dostrajanie się do potrzeb niemowlęcia, musi reagować na jego płacz, odpowiadać uśmiechem na uśmiech dziecka. Musi być zatem nie tylko fizycznie, ale i psychicznie dostępna dla niemowlęcia ze stałą gotowością do wzajemnej wymiany sygnałów i odczytywania jego komunikatów; powinna podążać za dzieckiem, przyglądać mu się i nadawać znaczenie jego zachowaniom. D. Stern ujął to w jednym zdaniu „...rozwój wymaga stałego, zwykle cichego dialogu między dwojgiem” [23]. Brak odpowiedzi na sygnalizowaną płaczem potrzebę niemowlęcia, powoduje wygaszenie wysyłanego przez dziecko sygnału i rezygnowanie z domagania się swoich potrzeb w przyszłości. Pozostawianie dziecka przez rodziców, aby „się wypłakało” jest wpisywaniem w jego osobowość poczucia wyizolowania i braku ufności. Osoba taka w przyszłości będzie obawiać się świata, który nie odpowiedział na jego płacz. Theodor Hellbrügge [29], badając dialog prewerbalny między matką a dzieckiem, zaobserwował wyraźną frustrację u niemowląt, jeśli matki spóźniały się z odpowiedzią powyżej 0,2 sekundy.

Pragnienia niemowlęcia są jego potrzebami. Osobą najpełniej rozumiejącą potrzeby dziec-

ka i w czynny sposób dostosowującą się do nich jest matka, choć zdolność matek do percepcji i rozumienia sygnałów, jakich dostarcza zachowanie małego dziecka, kształtuje się indywidualnie, zależnie od poziomu empatii. U czułych matek próg wrażliwości na wysyłane sygnały jest niski, zaś wysoki u matek nieczułych, słabo podatnych na subtelne oznaki i sygnały. Właściwe ich rozumienie zależy z kolei od umiejętności ich odczytywania przez matkę w kontekście całego zachowania się niemowlęcia i nawet bardzo wrażliwe matki, podatne na wszelkie sygnały ze strony dziecka, mogą je nietrafnie interpretować. Równie ważne jak percepcja i rozumienie sygnałów są zachowania matek będące odpowiedzią na komunikat nadany przez dziecko.

Dziecku nie jest jednak potrzebna matka idealna, tylko „wystarczająco dobra” – osoba realna, dostarczająca w sposób naturalny dziecku nieznacznych frustracji, dostosowanych do jego wieku (mimowolnych, niezamierzonych, np. czekanie). Sprzyja to procesowi różnicowania, uczenia radzenia sobie w sytuacjach trudnych oraz kształtuje osobowość. Choć skompensowanie potrzeb symbiotycznych w pierwszych miesiącach życia dziecka, warunkuje autonomizację postępowania, to w dalszych etapach rozwoju istotne staje się zachowanie właściwych proporcji pomiędzy sytuacją symbiozy z matką a tendencjami do autonomii. Potrzeby symbiotyczne mogą wzmacniać się okresowo w trakcie choroby dziecka, osamotnienia lub rozpacz. Wygórowane potrzeby symbiotyczne są charakterystyczne dla niektórych jednostek chorobowych, jak mózgowie porażenie dziecięce, zespół Downa, zespół nadpobudliwości z deficytem uwagi, zaburzenia integracji sensorycznej. Niesprostanie im przez rodziców może stawać się źródłem wtórnych globalnych lub częściowych zaburzeń osobowości.

4. ZNACZENIE ROZWOJU WIĘZI OSOBOWEJ W ŻYCIU DZIECKA

Podstawą kształtowania się charakteru i zdrowia psychicznego człowieka jest wychowywanie się dziecka w warunkach stałego, bliskiego, czułego kontaktu ze swoją matką lub opiekunem przez cały okres niemowlęstwa i wczesnego dzieciństwa [31]. Trwałe przywiązanie chroni dziecko przed lękiem: daje poczucie bezpieczeństwa, miłości i przynależności uczuciowej. Kształtuje postawę tzw. ufności podstawowej, która warunkuje zdolność do tworzenia więzi uczuciowych z innymi osobami. Postawę uczuciową wobec matki dziecko z czasem przenosi na innych ludzi.

Stosunek małego dziecka do matki jest bowiem prototypem późniejszych zachowań społecznych oraz bliskich związków z ludźmi [6].

Wytworzenie stabilnej więzi osobowej jest integralną częścią i motorem prawidłowego rozwoju psychomotorycznego dziecka. Wiążące się z nią poczucie bezpieczeństwa, ułatwia proces separacji i indywidualizacji, czyli wyodrębnienia się „ja” dziecka i stawania się odrębną istotą. Fizyczna, a następnie psychiczna obecność matki sprzyja odwadze ruchowej, poczuciu pewności siebie; stanowi źródło siły motywacyjnej w zdobywaniu nowych sprawności, wyzwala potrzebę zabawy i eksploracji otoczenia. Im lepsza była opieka we wcześniejszym okresie, tym mniejszy jest lęk, a większe ufność i zaciekawienie odkrywanym przez dziecko światem. Pozornie paradoksalnie silne przywiązanie dziecka do matki umożliwia rozwój samodzielności, kreatywności i rozbudzanie inicjatywy [23,27].

5. SKUTKI NIEWYTWORZENIA LUB ZERWANIA WIĘZI OSOBOWEJ PO URODZENIU

Niewytworzenie lub zniszczenie więzi uczuciowej między dzieckiem a opiekującą się nim osobą, którą najczęściej jest matka, uniemożliwia kompensację potrzeby przynależności uczuciowej i staje się przyczyną poważnego kryzysu rozwojowego [30, 31, 32]. Biorąc pod uwagę fakt, że dzieje się to w okresie krytycznym dla rozwoju osobowości, istnieje ryzyko jej trwałej dezorganizacji.

Pozbawienie opieki rodzicielskiej, równoznaczne z niewytworzeniem trwałej monotropowej więzi uczuciowej łączącej dziecko z matką czy innym stałym opiekunem, lub zerwanie już istniejącej prowadzi do wystąpienia objawów określanych, jako choroba sieroca (maternal deprivation), choroba szpitalna lub karłowatość psychospołeczna (u dzieci powyżej drugiego roku życia). Zespół charakteryzuje się zahamowaniem rozwoju fizycznego i psychoruchowego. Późnymi skutkami zaawansowanego zespołu deprywacji są zaburzenia rozwoju osobowości, brak akceptacji własnej płciowości, jak również trwałe upośledzenie zdolności nawiązywania więzi osobowych [30].

Zerwanie więzi z matką przebiega w trzech fazach. **Faza I – protestu** pojawia się zaraz po opuszczeniu dziecka przez matkę, dziecko protestuje przeciwko rozłączeniu, usiłuje odzyskać matkę: krzyczy, jest agresywne, niechętne, pełne niepokoju. W **II fazie – rozpacz**, dziecko płacze, odmawia przyjmowania pokarmów, źle sypia. Okres ten

trwa różnie długo i zależy od stanu psychofizycznego dziecka. W III fazie – **zobojętnienia** (wyobcowania, rezygnacji), dziecko przestaje zewnętrznie rozpaczać i oczekiwać na uczucia. Przeżywa ciężki uraz psychiczny wskutek zniszczenia pierwotnej potrzeby więzi. Na widok matki po długiej rozłące reaguje paradoksalnie lękiem i zaczyna płakać z obawy, że znów ją utraci. W psychice dziecka zaczyna się proces regresji, cofania się w rozwoju psychomotorycznym, emocjonalnym i społecznym. [32, 33].

Wiodącym objawem chorobotwórczym w patogenezie choroby sieroczej jest nasilająca się trwoga, lęk przed rozstaniem (separation anxiety). W I i II fazie poziom lęku jest bardzo wysoki. Potrzeba zaspokojenia instynktu społecznego góruje nad instynktem samozachowawczym. Występują tu zaburzenia rytmów biologicznych, głównie snu i łaknienia, obejmując trudności w zasypianiu, utratę normalnego rytmu głodu i sytości, wymioty, a co za tym idzie nieprawidłowe uwalnianie hormonu wzrostu, załamanie się odporności do skrajnego wyniszczenia. W fazach tych zdarzały się przypadki śmiertelne. Od początku choroby sieroczej zostają uruchomione autystyczne formy samozaspokojenia (ssanie palca, kiwanie się, masturbacja). Częste są zaburzenia samokontroli, manifestujące się nieprawidłowym oddawaniem moczu i kału, które przybrać mogą formę agresywną przez rozmyślne zanieczyszczanie się. W fazie III lęk wygasa, a dziecko traci zdolność do przywiązywania się. Mechanizmy obronne osobowości w postaci ucieczki od kontaktu uczuciowego utrwalają się, stając się integralną częścią struktury osobowości dziecka. Od tej chwili wykazuje ono paradoksalne reakcje społeczne lęku i wrogości wobec osoby usiłującej nawiązać więź, wybiórczo ją odtrąca w celu obrony przed ponownym zaangażowaniem się uczuciowym. Względnie dobry stan somatyczny, mała aktywność, spokojne zachowanie, nieznaczne opóźnienie motoryki pozorują stan zdrowia. Zazwyczaj występują cechy zahamowania rozwoju fizycznego: zwolnione tempo wzrastania, niedojrzałość proporcji ciała, zaburzenie stosunku masy do wzrostu, czasem małogłowie. Zaburzenia zachowania przejawiają się zahamowaniem aktywności psychomotorycznej z brakiem reakcji ożywienia. Stałą cechą są zaburzenia nastroju (płaczliwość i/lub agresja) [5].

Odrzucenie i niemożność budowania więzi z bliskim człowiekiem, lęk, niepewność stawia dziecko w sytuacji permanentnego stresu, wpływając za pośrednictwem układu endokrynnego na neurony, prowadząc do przekształceń morfolo-

gicznych synaps, a z czasem do neurodegeneracji w centralnym układzie nerwowym. Badania na zwierzętach [34] wykazały, że ekspozycja na stres wyzwała wysoki poziom dopaminy i noreadrenaliny, powoduje neurochemiczne zmiany funkcjonalne w korze przedczołowej, dając w efekcie nadaktywność ruchową, zaburzenia koncentracji uwagi, impulsywność, dezorganizację samokontroli. Powtarzający się stres wyzwała nadprodukcję glikokortykosteroidów, które powodują atrofię neuronów piramidalnych, zatrzymanie neurogenezy w zakręcie zębatym i zmiany zanikowe struktur hipokampa obserwowane w MRI [35, 36]. Stąd u dzieci z zespołem deprywacyjnym występują trudności w koncentracji uwagi, osłabienie zdolności myślenia abstrakcyjnego i logicznego rozumowania, zaburzające proces uczenia się. Funkcjonowanie społeczne utrudnia niskie poczucie własnej wartości, brak inicjatywy i obniżona tolerancja na frustracje, składające się na tzw. „kompleks Kopciuszka”. Specyficzna osobowość tych dzieci sprawia, że często stają się one ofiarami przestępstw seksualnych: przedwczesnej inicjacji heteroseksualnej oraz patologicznej inicjacji homoseksualnej. [37].

Objawy zespołu deprywacji mogą być całkowicie lub częściowo odwracalne po szybkim przeniesieniu dziecka z negatywnych warunków środowiska do lepszego, zapewniającego właściwą atmosferę wychowawczą w rodzinie. Remisja jest tym szybsza, im dziecko jest młodsze i mniej utrwaliły się mechanizmy obronne osobowości. Zmiany w fazie protestu i rozpacz są całkowicie odwracalne, dzieci są jeszcze zdolne do przyjmowania i odwzajemniania uczuć. Zaburzenia w psychice dziecka skrzywdzonego mogą uwidocznić się dopiero po latach, w życiu dorosłym w postaci czynnościowych zaburzeń ośrodkowego układu nerwowego (nerwice: lękowa, neurasteniczna, dystymiczna, histeryczna, inne zaburzenia psychosomatyczne. Krytycznym momentem staje się rozpoczęcie nauki szkolnej. Występowanie trudności w nauce, doświadczanie niepowodzeń, urazowe przeżycia na ich tle doprowadzają z czasem do wtórnych poważnych zaburzeń behawioralnych. Dziecko z zespołem deprywacji, to dziecko asyntoniczne, które jest pozbawione podstawowej cechy kontaktu emocjonalnego, jaką jest współgranie ze stanem uczuciowym drugiego człowieka. Dziecko nie liczy się z uczuciami innych ludzi, nie pragnie przebywać w ich towarzystwie, nie tęskni, nie jest serdeczne, nie potrafi współczuć. Jego zachowaniem kierują egocentryzm, powierzchowność i pozory, nie potrafi

angażować się emocjonalnie [38]. Istnieje wiele dowodów na to, że osoby socjopatyczne niezdolne do nawiązywania trwałych więzi uczuciowych, przeżyły we wczesnym dzieciństwie ciężkie urazy psychiczne związane z osieroceniem [30]. Zagrożeniem dla rozwoju osobowości dziecka jest jednak nie tylko fizyczny brak opieki rodzicielskiej. Również niewłaściwe postawy rodzicielskie, krzywdzenie dziecka w rodzinie na skutek niewystarczającej troskliwości, opieki i miłości dekompensują jego podstawowe potrzeby emocjonalne, stając się przyczyną zespołu dziecka zaniedbanego – „child neglect” [39]. Obok sieroctwa naturalnego coraz bardziej niepokojące rozmiary przybiera zjawisko sieroctwa społecznego, wynikające z zaburzeń w funkcjonowaniu rodziny [37]. Do patologii życia rodzinnego należą nie tylko jawne, rażące zaniedbania obowiązków wychowawczych, towarzyszących alkoholizmowi, narkomanii, prostytucji, psychopatii, okrucieństwu w stosowaniu kar oraz przestępczości. Patologia rodziny przybiera również bardziej zawoalowane, trudniej zauważalne społecznie formy. Współczesne, często wypaczone, wymagania społeczne nastawione na konsumpcję dezintegrują rodzinę. Efektem tego są nieprawidłowe postawy rodzicielskie, tj. obojętność uczuciowa i odrzucenie dziecka przeszkadzającego w karierze lub ograniczającego swobodę rodziców. Błędy opieki nad dzieckiem, brak poczucia bezpieczeństwa i przynależności uczuciowej owocują w nieprzystosowaniu społecznym dziecka, charakteryzującym się brakiem odpowiedzialności za swoje czyny, niechęcią do pracy i nauki, nieżyczliwym stosunkiem do innych ludzi, nieumiejętnością życia w grupie, unikaniem kontaktów społecznych, do postawy autystycznej włącznie [40, 41, 42].

Dziecko nieprzystosowane w środowisku rodzinnym, niewyposażone przez nie w umiejętności funkcjonowania społecznego nie może być uważane za zdrowe. Deprywacja podstawowej potrzeby dziecka, jaką jest poczucie bezpieczeństwa i więzi z drugim człowiekiem, uniemożliwia jego prawidłowy rozwój, a trwałe upośledzenie w sferze uczuciowości wyższej zaznacza się niemal we wszystkich dziedzinach jego późniejszego życia.

6. TERAPIA DZIECI Z ZESPOŁEM DEPRYWACJI

Leczenie dzieci z objawami choroby sieroczej, znanej także pod nazwą choroby szpitalnej lub zespołu deprywacji (maternal deprivation) ma na celu odbudowę pełnowartościowych kontaktów

społecznych. Jedną z szerzej stosowanych w psychoterapii jest *metoda cofniętego zegara*. Polega ona na cofnięciu się do okresu, w którym zadziałał czynnik patologiczny zaburzający dalszy rozwój (tzn. rozłąka z matką) i terapeutycznym „powtórzeniu” minionych okresów rozwoju z nadrobieniem zaistniałych strat. Gdy dwuletnie dziecko jest w regresji emocjonalnej od 4 miesiąca życia, to terapeuta (w zastępstwie za utraconą matkę) stara się stopniowo przeżywać wspólnie z dzieckiem poszczególne stadia rozwoju społecznego od 4 miesiąca życia, tzn. od kontaktu dotykowego, poprzez słowny, do wzrokowego. Istotne znaczenie odgrywa w tej metodzie empatyczna postawa terapeuty starającego się odbudowywać utracone zaufanie społeczne dziecka i wyzwalać w nim genetycznie uwarunkowaną, a wypartą przez mechanizmy obronne osobowości, potrzebę więzi z drugim człowiekiem.

W opisywanej terapii można wyróżnić kilka etapów, których celem jest przywrócenie prawidłowych relacji emocjonalnych między dzieckiem i jego opiekunami. W pierwszym etapie zwanym **stadium oswajania** należy zredukować strach przed ludzką twarzą i kontaktem wzrokowym, bowiem dziecko z chorobą sierocą konsekwentnie odrzuca jakąkolwiek formę konfrontacyjnej wymiany emocjonalnej. Oswajanie polega na akceptacji dziecka takim, jakie jest, bez czynnego przeciwstawiania się jego mechanizmom obronnym. Aktywność terapeuty powinna się na tym etapie ograniczyć tylko do obserwacji i tzw. „życzliwej obecności”. Z czasem można próbować nawiązania kontaktu wzrokowego.

W drugim etapie przechodzi się do **stadium reedukacji porozumienia emocjonalno-mimicznego**, który ma na celu dalsze przezwyciężanie lęku przed ludzką twarzą i wpisywanie jej obrazu. Odbywa się to przez systematyczne kształcenie kontaktu z dzieckiem, oglądanie twarzy, zabawy z lustrem, wskazywanie części twarzy, a dopiero z czasem jej dotykanie, do momentu, gdy dziecko odzwierciedla mimicznie wyraz twarzy terapeuty i następuje wymiana uśmiechu społecznego.

W trzecim stadium następuje włączenie się dziecka **do samorzutnej aktywności ruchowej** i manipulacyjno-badawczej. Wspólne zabawy i zajęcia wychowawcze, ekspansja ruchowa oraz aktywność manipulacyjna podnoszą ogólne napięcie wyższych procesów psychicznych, przeciwdziałają nadpobudliwości i stanom napięcia. Zabawy dające zadowolenie z dokonanych czynności motywują do dalszych osiągnięć. W tym okresie w sposób naturalny odbywa się tworzenie sy-

tuacji przywierania i kontaktu dotykowego. Stopniowo mały pacjent tworzy więź emocjonalną z terapeutą. Często w tym okresie pojawia się paradoksalne „pogorszenie się” stanu emocjonalnego dziecka po dotychczasowej terapii. Dziecko do tej pory apatyczne, niemrawe, nadmiernie grzeczne zaczyna spontanicznie wyrażać swoje emocje: strach, wrogość, czasem agresję. Pojawia się paniczna reakcja na rozstanie się z terapeutą manifestowana niepokojem i krzykiem, co stanowi ekwiwalent naturalnego lęku separacyjnego przed rozstaniem z osobą znaczącą, spotęgowanego aktywacją przeżytych w przeszłości stanów frustracji. Opisane burzliwe reakcje są wyrazem uwolnienia osobowości dziecka spod okaleczających ją mechanizmów obronnych i oznaczają powrót do normalnej ekspresji uczuć. Dziecko, widząc pełne empatii zaangażowanie i zainteresowanie ze strony opiekuna, stopniowo uczy się sygnalizować swoje, do tej pory ukrywane, potrzeby emocjonalne. Jest to niezbędny warunek do redukcji napięć frustracyjnych, które do tej pory kumulując się, wtórnie degradowały kształtującą się osobowość dziecięcą. Z czasem następuje uspokojenie dziecka. Stała, pełna zrozumienia i otwarta na potrzeby małego pacjenta postawa terapeuty, wyrabia w dziecku ufność społeczną. Stopniowo uczucia pozytywne zaczynają dominować nad negatywnymi i stają się bardziej adekwatne do zaistniałych sytuacji. Dziecko wyróżnia terapeutę, wita się z nim z radością i żegna ze smutkiem [5, 41].

Na tym etapie jest już możliwe **stadium transplantacji uczuciowej** – przeniesienie uczucia miłości z terapeuty na matkę lub inne opiekujące się nim osoby. Wytworzone pełnowartościowe mechanizmy psychiczne w kontakcie z terapeutą, służą zatem kontaktom społecznym w środowisku rodzinnym. Zostaje przywrócona trwała monotropowa więź uczuciowa łącząca dziecko z osobą znaczącą. Ustępują wtórne, spowodowane zespołem deprivacji psychosomatyczne objawy patologiczne.

W etapie **zdrowienia** następuje unormowanie rytmów dobowych, pojawia się reakcja ożywienia na widok znanej osoby, poprawa stanu somatycznego (wzrost masy ciała i długości), wyrównanie tempa w rozwoju psychomotorycznym.

Plastyczny umysł małego dziecka ma olbrzymie możliwości kompensacyjne zaistniałych deficytów. Niezaawansowana choroba sieroca w fazie protestu lub rozpacz, kiedy dzieci są jeszcze zdolne do przyjmowania i odwzajemniania uczuć, jest całkowicie uleczalna, czego nie można

stwierdzić, gdy terapię rozpoczyna się w fazie III – rezygnacji dziecka w walce o miłość i troskę rodziców. Należy pamiętać o czynnikach pogarszających skuteczność psychoterapii, do których należą:

- zaawansowanie choroby w chwili rozpoczęcia terapii (źle rokuje zmiany w fazie obojętności uczuciowej, a zwłaszcza paradoksalne reakcje społeczne – „mechanizmy obronne” – lęku i wrogości wobec osoby usiłującej nawiązać więź oraz wybiórcze jej odrzucenie jako wyraz obrony przed zaangażowaniem się uczuciowym);
- młody wiek dziecka w chwili utraty opieki macierzyńskiej (do 5 miesiąca życia);
- zaawansowany wiek w chwili rozpoczęcia terapii (powyżej 2 roku życia);
- długi czas oddziaływania środowiska bezosobowego (powyżej 5 miesięcy);
- ilość przeżytych rozstań z osobami znaczącymi (każde rozstanie „uczula” dziecko, obniżając jego odporność psychiczną);
- wrodzona podatność na urazy psychiczne (np. u dzieci z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej tzw. ADHD, mózgowym porażeniem dziecięcym, zespołem Downa, zaburzeniami integracji sensorycznej itp.).

Terapia *zerwanych więzi* jest w rzeczywistości uaktywnieniem genetycznie uwarunkowanej, szeroko pojętej potrzeby społecznej tkwiącej w każdym człowieku. Umiejętność bycia z drugim człowiekiem jest nieodzowna do *bycia normalnym* i *bycia szczęśliwym*. Niedoceniana kompensacja potrzeb społecznych dzieci, to nieodzowny warunek ich prawidłowego rozwoju emocjonalnego, psychicznego i fizycznego, a tym samym pierwotna profilaktyka nieprawidłowych postaw społecznych i trwale zdeformowanych osobowości [29, 31, 37, 41, 42].

PIŚMIENNICTWO

1. Krapiec M. A. (2005), *Ja – Człowiek*, KUL, Lublin, 119.
2. Oerter R, Montada L (red) (1998): *Entwicklungspsychologie: ein Lehrbuch*, Weinheim
3. Ziebertz H. G. (2001), *Religijność i wychowanie w świecie pluralistycznym*, W AM Kraków.
4. Frankl V. E. (1992), *Arztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenanalyse*, Fischer, Frankfurt a Main.
5. Bielicka I, Olechnowicz H. (1965), *Psychoterapia małego dziecka*. [w:] *Materiały z I i II Ogólnopolskiej Konferencji Poświęconej Zagadnieniom Psychoterapii Dzieci i Młodzieży, Problemy psychoterapii*; 1964.04.13. i 1964.10.25; Warszawa. Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej. Sekcja Psychoterapii Dzieci i Młodzieży.

6. Lis S. (1992), *Proces socjalizacji dziecka w środowisku pozarodzinnym*. PWN, Warszawa.
7. Zazzo R. (1978), *Przywiązanie*. Warszawa: PWN.
8. Stierlin H. (1981) *Separating parents and adolescents*. New York, London, Aronson.
9. Leboyer F. (1983), *Narodziny bez przemocy*. Wrocław, Wyd. Radunia.
10. Sadowska L. (2003), *Wczesna diagnostyka zaburzeń rozwoju psychomotorycznego niemowląt oraz podstawy ich rehabilitacji*. [w:] (red.) A. Jankowski, *Podstawy pediatrii*, Wrocław, Volumed & Joto 1–84.
11. Blaim A (1986), *Biomedyczne podstawy rozwoju dziecka*. [w:] (red) M. Ziemska. *Rodzina i dziecko*, Warszawa, PWN, s.77.
12. Kościelska M.(1998), *Trudne macierzyństwo*, Warszawa, WSIP .
13. Odent M. (1997), *Odrodzone narodziny*. Niezależna Oficyna Wydawnicza, Warszawa.
14. Klaus M. H., Kennell J. *Parent – Infant Bonding*; The C.V. Mosby Company St Louis Toronto London.
15. Fijałkowski W. (1998), *Dar rodzenia*. Instytut Wydawniczy Pax, Warszawa.
16. Winnicott D.W. (1993), *Dziecko, jego rodzina i świat*. Jacek Santorski & Co. Agencja Wydawnicza, Warszawa.
17. Piaget J. (1966), *Studia z psychologii dziecka*. PWN Warszawa.
18. Prekop J. (1993), *Mały tyran*. Jacek Santorski & Co. Agencja Wydawnicza, Warszawa.
19. Maurer D, Maurer Ch. (1994), *Świat noworodka*. PWN, Warszawa.
20. Badura-Madej W, Józefik B.(1989) *Wybrane zagadnienia z psychologii rozwojowej i klinicznej dziecka*. [w:] (red) A. Popielarska, *Psychiatria wieku rozwojowego*. PZWL, Warszawa.
21. Olechnowicz H. (red.), *U źródeł rozwoju dziecka. O wspomaganiu rozwoju prawidłowego i zakłóconego*. WsiP S.A Warszawa.
22. Mikos A, Walewski P, Bojarska K. (2000), *Od symbiozy do odrębności*. Charaktery 5:17.
23. Kmita G, Dobrowolska A. (1998), *Stwarzanie warunków do rozwoju psychospołecznego dziecka*. [w:] (red.) B. Woynarowska, *Profilaktyka w pediatrii*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, s. 75.
24. Knill Ch. (1995), *Dotyk i komunikacja*. Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN, Warszawa.
25. Hilgard E. R.(1967), *Wiek niemowlęcy i dzieciństwo*. [w:] *Wprowadzenie do psychologii*. PWN, Warszawa 101.
26. Kurcz I.(1975), *Uczenie się i pamięć*. [w:] (red.) T. Tomaszewski, *Psychologia*, PWN, Warszawa, 247.
27. Mika S. (1975), *Spoleczne podstawy zachowania*. [w:] (red.) T. Tomaszewski *Psychologia*. PWN, Warszawa 127.
28. Rathus S. A. (1987), *Psychology*. New York, Saunders College Publishing, 371.
29. Hellbrügge Th. (2003), *Dlaczego rehabilitacja rozwoju musi być prowadzona w okresie niemowlęcym*. [w:] *Materiały z Międzynarodowej Konferencji, pt. Wczesna interwencja u dzieci z dysfunkcjami rozwojowymi. Wielokierunkowa pomoc dzieciom niepełnosprawnym i zagrożonym niepełnosprawnością*; 2003, 12.5–6; Wrocław, Polska. Wrocław: Fundacja Promyk Słońca.
30. Bowlby J. (1950), *Research into the origin of delinquent behaviour*, Brit Med Journ 3: 570.
31. Bielicka I, Olechnowicz H. (1966), *O chorobie sieroczej malego dziecka*. [w:] *Materiały do nauczania psychologii*. S.IV,T.2. PWN, Warszawa, 287.
32. B Hellbrügge Th, Lajosi F, Menara D, Schamberger R, Rautenstrauch T. (1994) *Monachijska Funkcjonalna Diagnostyka Rozwojowa. Pierwszy rok życia*, Kraków, Wydawnictwo Antykwa.
33. Chłopkiewicz M. (1980), *Osobowość dzieci i młodzieży – rozwój i patologia*, Warszawa, WSiP.
34. Arnsten A. F. T., Goldman-Rakic P.S. (2000), *Noise stress impairs prefrontal cortical cognitive function in monkeys: evidence for hyperdopaminergic mechanism*. Arch Gen Psychiatry, 55: 362.
35. Magarinos A, McEwen B, Flugge G, Fuchs E. (1996), *Chronic psychosocial stress causes apical dendritic atrophy of hippocampal CA3 pyramidal neurons in subordinate tree shrews*. J. Neurosci. 16: 3534.
36. McEwen B. (1998), *Development of the cerebral cortex: XIII. Stress and Brain Development: II*. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry, 37(12): 1337.
37. Kozak S. (1986), *Sieroctwo społeczne. Psychologiczna analiza zaburzeń w zachowaniu się wychowanków domów dziecka*. Warszawa, PWN.
38. Olszewski A. (2004), *Hipokamp sieroty*. [artykuł on-line] [cytowany 2004.04.19]. Dostępny pod adresem: <http://www.misjanadziei.org.pl/artykuly/index.html>
39. Dubowitz H, Giardino A, Gustavson E. (2001), *Dziecko zaniedbane – wskazówki dla pediatry*. *Pediatrica po Dypłomie*, 5 (2): 28.
40. Forward S. (1993), *Toksyczni rodzice*, Jacek Santorski & Co. Agencja Wydawnicza Warszawa.
41. Grabowska M. (2003), *Rodzina szczęśliwa, czyli jak wychowywać, by nie dopuścić do poczucia osamotnienia dziecka w rodzinie*, *Psychologia i Rzeczywistość* [czasopismo on-line] 2003;3 [cytowany 2003.04.19]. Dostępny pod adresem: <http://www.psycholog.allegia.pl>
42. Górnicki B. (1998), *Historia i miejsce profilaktyki w pediatrii*. [w:] (red.) B. Woynarowska, *Profilaktyka w pediatrii*, PZWL Warszawa, 11.

Ludwika Sadowska
ul Okrzei 4 m 2
51-676 Wrocław
tel. pers. 0692 051 337
dom 071 3484733
praca (071) 320 06 06