



„Wychowanie w Rodzinie” t. XIII (1/2016)

---

nadesłany: 05.10.2014 r. – przyjęty: 16.01.2016 r.

**Liliana KOŁODZIEJCZAK\***

## **Reaktywne zaburzenia więzi (RAD) u dzieci przebywających w placówkach opiekuńczo-wychowawczych**

Reactive Attachment Disorder (RAD) in children living in a special childcare centres

### **Streszczenie**

Rola rodziców w wychowaniu dziecka jest szczególnie istotna dla prawidłowej socjalizacji i pomyślnego rozwoju jednostki. Co się jednak dzieje w sytuacji, gdy dziecko zamiast otrzymać od rodziców oczekiwane poczucie bezpieczeństwa, szacunku i miłości, doznało zaniedbania czy nawet skrajnego nadużycia? A ponadto, jak może czuć się dziecko, które pomimo licznych cierpień, w ostatecznym rozrachunku i tak zostaje odrzucone przez swoich bliskich—oprawców i trafia do placówki opiekuńczo-wychowawczej? W wyniku niepomyślnych doświadczeń, takiej jednostce mogą towarzyszyć Reaktywne Zaburzenia Więzi (RAD – *Reactive Attachment Disorder*), czyli zespół zaburzeń relacji międzyludzkich, który uniemożliwia inicjowanie i podtrzymywanie więzi – szczególnie tych bliskich. RAD w znacznym stopniu utrudnia życie nie tylko dziecku, ale również osobom starającym się nawiązać głęboki, emocjonalny kontakt z dzieckiem. Pracownicy placówek opiekuńczo-wychowawczych próbując przełamać barierę, którą stawia dziecko, spotykają się z coraz większym oporem jednostki, z nieskrywaną niechęcią, a niekiedy agresją. Również rodziny adopcyjne dotyka ten

---

\* liliana.kolodziejczak@gmail.com

Instytut Pedagogiki, Wydział Nauk Historycznych i Pedagogicznych, Uniwersytet Wrocławski, pl. Uniwersytecki 1, 50-137 Wrocław, Polska.

problem. Świeży rodzice upatrują winy w sobie, ponieważ zetknięci z tak skomplikowanymi zaburzeniami u dziecka, nie mają wiedzy jakie podjąć działania, by dziecko poczuło się swobodnie w ich towarzystwie. W artykule zostaną szeroko omówione Reaktywne Zaburzenia Więzi, przyczyny ich powstawania, kryteria diagnostyczne oraz towarzyszące temu zaburzeniu symptomy.

**Słowa kluczowe:** reaktywne zaburzenia więzi, typy przywiązania, placówka opiekuńczo-wychowawcza, dzieci odrzucone.

### Abstract

The role of parents in the upbringing of the child is especially important for a normal socialization and the successful development of the individual. But what happens when the child instead of receiving from their parents the a sense of security, respect and love, suffers extreme neglect or even abuse? And furthermore, how may the child feel that, despite numerous sufferings, is in the end is rejected by their loved-torturers and goes to the special education centre? As a result of adverse experiences such an entity may be accompanied by Reactive Attachment Disorder. RAD is a disorder of human relationships, which prevents initiating and maintaining relationships – especially those with loved ones. RAD makes it difficult, not only for the child, but also to those seeking to establish a deep, emotional contact with the child. Employees of childcare centres trying to break the barrier put up by the child who displays increasing resistance, undisguised reluctance, and sometimes aggression. Also an adoptive family faces the problem. Fresh parents see the fault in themselves, because when faced with such complex disorders of their child they do not have the knowledge of what to do to help the child feel at ease in their company. The article will widely discuss Reactive Disorders ties with pupils care and educational institution, their causes, diagnostic criteria and symptoms.

**Keywords:** Reactive Attachment Disorder, types of attachment, special educational centre, children rejected.

Terminy, takie jak: zespół zaburzeń więzi, reaktywne zaburzenia więzi czy niehamowane zaburzenia więzi, choć coraz częściej stosowane są w krajach zachodnich wśród pedagogów, psychologów, psychiatrów i pediatrów, nadal nie mają jasnych, sprecyzowanych definicji. Można jednak w sposób ogólny określić ten rodzaj zaburzeń jako ciężkie i stosunkowo nietypowe trudności w nawiązywaniu relacji społecznych. Objawiają się one albo w stałej nieumiejętności inicjowania i utrzymywania interakcji bądź w całkowitym braku zahamowań w relacjach<sup>1</sup> – lepliwość, poufalość wobec obcych czy natarczywość. Reaktywne

<sup>1</sup> American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders. Fourth Edition. DSM-IV<sup>TM</sup>*, Washington 1994, s. 116.

zaburzenia więzi w większości sytuacji odnoszą się do dzieci, które doświadczyły złej opieki rodzicielskiej (zaniedbanie, maltretowanie, nadużycie) na wczesnych etapach życia oraz przebywają w placówkach opiekuńczo-wychowawczych, rodzinach zastępczych czy adopcyjnych.

Powszechnie wiadomo, iż jakość relacji dziecka z podstawowym opiekunem ma niebagatelne znaczenie dla dalszego rozwoju i późniejszych relacji ze światem. Niemowlę w relacji z rodzicem potrzebuje doświadczać poczucia bliskości oraz bezpieczeństwa. Początkowo istotny jest stan fizyczny, który można osiągnąć w obecności ważnych obiektów<sup>2</sup> rodzicielskich. Wraz z rozwojem niemowlęcia, potrzeba bliskości fizycznej maleje, natomiast wzrasta potrzeba bliskości psychicznej. Dzięki zaspokojeniu pragnień dziecka wytwarza się ufna więź między rodzicem a jednostką. Zdeterminuje ona wszelkie późniejsze relacje – od związków panujących w rodzinie, przez znajomości koleżeńskie, przyjacielskie, aż po romantyczne, a także seksualne. Za więź emocjonalną uważa się:

„[...] skłonność do tworzenia silnych, afektywnych więzi z ważnymi, bliskimi osobami oraz sposób wyjaśniania różnych form dystresu emocjonalnego i zaburzeń osobowości, włączając tu lęk, złość, depresję, emocjonalne odizolowanie, których przyczyną jest niechciana separacja bądź utrata”<sup>3</sup>.

Podopieczni placówek opiekuńczo-wychowawczych w znacznej większości doświadczyli ze strony obiektów rodzicielskich takich deprivacji, jak: zaniedbanie, przemoc, ograniczanie kontaktu fizycznego, brak reakcji na wysiłki komunikacyjne dziecka, nadużycia i in.<sup>4</sup> Szczególnie niebezpieczne jest doświadczenie deprivacji oraz utraty obiektu matczynego między szóstym miesiącem a piątym rokiem życia<sup>5</sup>, dlatego też tak często zaburzenia więzi dotyczą dzieci umieszczonych w instytucjonalnej pieczy zastępczej.

## Podstawy teoretyczne

Dzisiejszy sposób postrzegania wszelkiego rodzaju zaburzeń więzi zawdzięcza się badaniom prowadzonym w latach 1935–1980 przez René Árpád

<sup>2</sup> Obiekt w teoriach psychoanalitycznych i psychodynamicznych jest niefortunnym określeniem osoby. Reaktywne zaburzenia więzi bazują na psychoanalitycznej teorii przywiązania, dlatego też terminologia psychoanalityczna zostanie zachowana w tekście.

<sup>3</sup> J. Bowlby, *Attachment and loss. Vol. 1. Attachment*, Tavistock Institute of Human Relations, New York 1983, s. 23.

<sup>4</sup> M. Nowak, A. Gawęda, M. Janas-Kozik, *Prowokacja odrzucenia czy pragnienie bliskości? Znaczenie relacji rodzic zastępczy – dziecko dla niwelowania deficytów wynikających z diagnozy „zaburzenia więzi”*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” 2011, nr 1, s. 60.

<sup>5</sup> J. Bowlby, *Przywiązanie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 29.

Spitz'a, Johna Bowlby'ego oraz Mary Ainsworth i jej współpracowników. Teoria więzi psychicznej skupia się na analizie reakcji przywiązaniowych niemowlęcia do podstawowego opiekuna w sytuacji stresowej, podczas której rodzic opuszcza pomieszczenie, w którym przebywał z malcem. Dziecku towarzyszy silny lęk, przygnębienie, rozpacz. Takie wydarzenia mają dla niego charakter przetrwaniowy. Wraz z rozwojem, jednostka traktuje rodzica/opiekuna jako podstawę własnego poczucia bezpieczeństwa. Dziecko eksploruje teren, poznaje otoczenie, by co jakiś czas powrócić do opiekuna, aby zaznać spokoju i pewności, że opiekun nigdzie nie odszedł. Niemowlę przywiązuje się do rodzica, który jest wrażliwy, empatyczny i reaguje żywo na potrzeby swojego dziecka.

Badania przeprowadzone przez Ainsworth w roku 1978 (Procedura Obcej Sytuacji), pozwoliły stworzyć dogłębną analizę wzorców przywiązaniowych rocznych dzieci. Reakcja dzieci na separację z opiekunem i jego powrót po kilku minutach pozwoliły wyróżnić cztery typy więzi:

1) Wiąz ufna – w tej relacji dziecko czuje się przy rodzicu bezpiecznie. Kiedy opiekun opuszcza pomieszczenie, w którym przebywał z dzieckiem, malec eksploruje teren, przeżywa nieobecność rodzica, próbuje go przywołać. Po powrocie, ciepłe gesty ze strony opiekuna szybko uspokajają malca. Rodzic w tym typie więzi jest kochający, dojrzały, empatyczny, otwarty na potrzeby dziecka, rozumiejący jego rozwój.

Tak nawiązana więź będzie sprzyjała dalszemu rozwojowi dziecka. Jednostka wykształci w sobie wiele umiejętności społecznych, pozytywną samoocenę, empatię, otwartość, zdolność do radzenia sobie w sytuacjach stresujących, kreatywność, a także, co ważne, dużą odporność psychiczną określaną pojęciem – *resilience*.

2) Wiąz unikająco-lękowa – dziecko nie zawsze w relacji z rodzicem czuje się bezpiecznie. Sytuacje lękowe są mocno przez nie przeżywane, choć obserwowane zachowanie na to nie wskazuje. U dzieci, które z opiekunem nawiązało ten styl relacji, zauważało się nagły wzrost poziomu kortyzolu<sup>6</sup>, w momencie gdy rodzic wychodził z pomieszczenia. Dziecko nie eksplorało terenu, ponieważ było wystraszone. Po powrocie opiekuna, malec unikał go, a w bliższym kontakcie dziecko było zdystansowane, niechętne, wyrywało się z rąk rodzica.

Opiekunowi w tym typie relacji zdarza się ignorować potrzeby dziecka, bo w Niemczech uważa, że są sytuacje, w których dziecko powinno być bardziej samodzielne. Jednostka rozwijać się będzie jako lękowa, bez inicjatywy życiowej,

---

<sup>6</sup> Kortyzol (bądź hydrokortyzon) to hormon wytwarzany w korze nadnerczy. W sytuacji stresującej, nadnercza produkują więcej kortyzolu, który zwiększa wydzielanie glukozy do krwi, podnosi ciśnienie krwi oraz tętno, a także hamuje funkcjonowanie procesów trawiennych i immunologicznych, aby zmobilizować organizm do reakcji, czyli do działania albo ucieczki. MSD Manual, *Podręcznik diagnostyki i terapii. Pierwsze wydanie polskie*, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 1992, s. 1267–1268.

niepewna siebie, zależna od spotykanych w życiu obiektów, z niską odpornością na stres i sytuacje trudne.

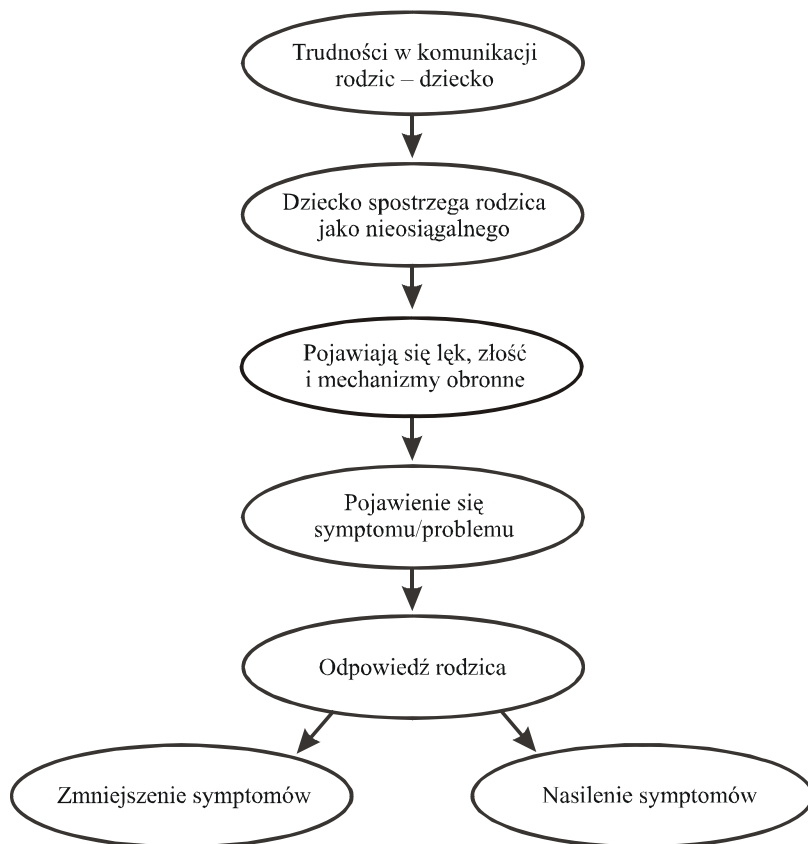
- 3) Wiąż lękowo-ambiwalentna lub oporna – nieobecność rodzica wyjątkowo mocno stresuje malca, dlatego nie bada otoczenia, czuje się bezradne. Powrót opiekuna wywołuje u dziecka ambiwalentne reakcje – od napadu gniewu, ogromną wściekłość, smutek, po potrzebę kontaktu, dotyku, miłości. Dziecko trudno jest się uspokoić w obecności rodzica. Opiekun w tej relacji jest wyjątkowo niepewny siebie, kontrolujący, często nie reaguje na potrzeby dziecka, albo robi to dopiero wtedy gdy dziecko wysłała wzmożone sygnały w postaci krzyku, przejmującego płaczu etc. Jednostka rozwinięta jako lękowa, z niską samooceną, nieempatyczna, nieodporna psychicznie, kontrolująca i nieautonomiczna. Dzieci nawiązujące taką relację z rodzicem mogą doświadczyć znacznych problemów psychologicznych.
- 4) Wiąż zdeorganizowana-zdezorientowana – to najtrudniejszy rodzaj więzi. Dziecko zachowuje się w sposób niespójny – nie wykazuje reakcji lękowych, jest wycofane, zahamowane. Wiele działań dziecka są przez nie przerywane w połowie. Rodzic w takiej relacji często jest sprawcą przemocy, może źle traktować dziecko, dlatego malce reaguje nieadekwatnie do sytuacji. Jednostka, która doświadczyła takiej więzi może w przyszłości rozwinąć wiele zachowań ryzykownych, agresywnych, może popaść w różnego rodzaju zaburzenia psychiczne, nie ma poczucia koherencji<sup>7</sup>.

Choć w ramach powyżej opisanych stylów przywiązania może zaistnieć wiele zaburzeń w inicjowaniu i utrzymywaniu relacji (szczególnie w stylu zdeorganizowanym), nie muszą być one równoznaczne z wystąpieniem reaktywnych zaburzeń więzi. Jednakże style te mogą okazać się przydatne w stawianiu diagnozy jako uzupełnienie innych narzędzi terapeutycznych.

W teoriach przywiązania znaczącą rolę odgrywa opiekun, gdyż ponosi on główną odpowiedzialność za zaburzenia więzi występujące u dziecka. Największe trudności relacyjne wynikają z poważnych historii zaniedbania. Ponadto, wszelkiego rodzaju trudności na poziomie komunikacji pomiędzy dzieckiem a opiekunem wynikają z wielu niezaspokojonych przez rodzica potrzeb. Rysunek 1. obrazuje w jaki sposób problemy w komunikacji mogą pogłębiać zaburzenia więzi.

---

<sup>7</sup> M.S. Ainsworth, M.C. Blehar, E. Waters i in., *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*, NJ: Lawrence Erlbaum, Hillsdale 1978, s. 47–58; G.O. Gabbard, *Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2009, s. 64–65; L.T. Hardy, *Attachment Theory and Reactive Attachment Disorder: Theoretical Perspectives and Treatment Implications*, „Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing” 2007, nr 1, s. 27–28; G. Iniewicz, *Zaburzenia emocjonalne u dzieci i młodzieży z perspektywy teorii przywiązania*, „Psychiatria Polska” 2008, nr 5, s. 674.



**Rys. 1.** Konsekwencje trudności komunikacyjnych w relacji dziecka z rodzicem. Źródło: G. Iniewicz, *Zaburzenia emocjonalne u dzieci i młodzieży z perspektywy teorii przywiązania*, „Psychiatria Polska” 2008, nr 5, s. 678.

**Fig. 1.** The consequences of communication difficulties in the relationship of the child with the parent. Source: G. Iniewicz, *Zaburzenia emocjonalne u dzieci i młodzieży z perspektywy teorii przywiązania*, „Psychiatria Polska” 2008, № 5, p. 678.

Jeśli rodzic nie odpowiada aktywnie na potrzeby dziecka, jednostka może w sposób subiektywny dostrzec trudności w komunikacji z opiekunem. W konsekwencji, rodzic jawi się dziecku jako frustrujący, nieosiągalny, obcy, chłodny, niezaspokajający potrzeby poczucia bezpieczeństwa. Wyzwała to w jednostce silny lęk i jednocześnie wściekłość, co z kolei generuje powstanie i zaprezentowanie niedojrzałych mechanizmów obronnych, które można utożsamić z prezentowanymi przez dziecko symptomami. Mają one za zadanie sprowokować rodzica do odpowiedzi na trudne zachowanie dziecka. Jeśli opiekun zareaguje adekwatnie, czyli zauważy potrzeby dziecka i refleksyjnie oceni swoje postępowanie względem niego, jest duża szansa, iż symptomy zmniejszą swoje natężenie bądź znikną w ogóle. Z kolei, jeśli rodzic nie zauważy problemu lub uzna, że

wynika on z czegoś innego – dziecko popadnie w jeszcze większe rozżalenie i złość, nasilając tym samym symptomy<sup>8</sup>.

## Diagnoza RAD oraz możliwości pracy z dziećmi

Zaburzenia więzi funkcjonują w takich klasyfikacjach chorób, jak ICD-10 czy DSM-IV. ICD-10 rozróżnia reaktywne zaburzenia więzi (RAD – *Reactive Attachment Disorder* – kryteria diagnostyczne o numerze F.94.1) od niehamowanych zaburzeń więzi (DAD – *Disinhibited Attachment Disorder* – kryteria diagnostyczne o numerze F.94.2)<sup>9</sup>. Z kolei w DSM-IV wyodrębnia się również dwa typy: hamowany i niehamowany, jednakże funkcjonują one w ramach jednego zaburzenia nazywanym ogólnie – reaktywnymi zaburzeniami więzi (kryteria diagnostyczne o numerze 313.89)<sup>10</sup>. Na potrzeby niniejszego artykułu przyjmę punkt widzenia DSM-IV i bez względu na omawiany typ, zaburzenie nazywać będę RAD.

Reaktywne zaburzenia więzi zostały odkryte całkiem niedawno, dlatego też są najmniej zrozumiane przez DSM. Wiedza na temat RAD w największej części pochodzi z: teorii przywiązania, klinicznych anegdotek oraz analizy przypadków. Kryteria diagnostyczne DSM-IV nie są oczywiste i nastęrczają wiele trudności w postawieniu rzetelnej diagnozy. Wyglądają one następująco:

- A. Zaburzone i nieadekwatne do etapu rozwoju nawiązywanie relacji w różnych kontekstach społecznych, które występują przed 5 r.ż. Nieprawidłowości w nawiązywaniu więzi można rozpoznać poprzez (albo pkt. 1. – typ hamowany, albo pkt. 2. – typ niehamowany):
- 1) uporczywą niemożność zainicjowania bądź odpowiedniego do wieku zareagowania na większość społecznych interakcji. O niemocy dziecka świadczyć mogą: nadmierne zahamowanie, chorobliwa czujność lub bardzo ambiwalentne i sprzeczne odpowiedzi,
  - 2) rozproszone, rozmyte przywiązanie manifestowane poprzez bezkrytyczną towarzyskość, brak selektywności w doborze osób, z którymi nawiązują relację (znajomości z obcymi; brak ulubionej bądź kilku ulubionych osób).
- B. Wymienionych powyżej nieprawidłowości w nawiązywaniu relacji nie można wyjaśnić jedynie opóźnieniami rozwojowymi, ponieważ w omawianym zaburzeniu nie są one dominujące.

<sup>8</sup> G. Iniewicz, *Zaburzenia emocjonalne...*, dz. cyt., s. 678.

<sup>9</sup> World Health Organization, *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. ICD-10. Rewizja dziesiąta. Tom 1*, Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia 2008, s. 253.

<sup>10</sup> American Psychiatric Association..., dz. cyt., s. 116.

C. Zaistnienie opieki patogenicznej, o której świadczyć będzie co najmniej jeden z poniższych czynników:

- 1) nieustające lekceważenie podstawowych potrzeb emocjonalnych dziecka związanych z poczuciem komfortu, stymulacji oraz miłości,
- 2) uporczywe lekceważenie potrzeb fizycznych dziecka,
- 3) częste zmiany opiekuna podstawowego, co uniemożliwia nawiązanie stabilnej więzi.

D. Istnieje przypuszczenie, iż rodzaj patologicznej opieki wymienionej w pkt. C jest przyczyną powstania zaburzeń wymienionych w pkt. A<sup>11</sup>.

ICD-10, oprócz wymienionych powyżej kryteriów, zwraca również uwagę, że dzieci funkcjonujące w typie zahamowanym mają problemy w relacjach z rówieśnikami, że bywają agresywne wobec siebie i innych. Ponadto, zdarza się, że wzrost dziecka, po traumatycznych doświadczeniach w relacji z opiekunem podstawowym, zostaje spowolniony. Tak więc mogą wystąpić problemy endokrynologiczne.

**Tabela 1. Symptomy RAD występujące u niemowląt i dorosłych**  
**Table. 1. The symptoms of RAD in infants and adults**

Symptomy RAD	
niemowlęta	dorośli
<ul style="list-style-type: none"> <li>— częste postękiwania;</li> <li>— wycofane, smutne;</li> <li>— apatyczny wygląd;</li> <li>— brak uśmiechu/nie odwzajemnia uśmiechu;</li> <li>— nie podąża za wzrokiem;</li> <li>— wrażliwe na dotyk;</li> <li>— rzadko płacze;</li> <li>— woli być trzymane przez obcych aniżeli przez rodziców;</li> <li>— woli ojca od matki;</li> <li>— wysoka odporność na ból.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— nieustanna krytyka siebie i innych;</li> <li>— trudności w okazywaniu skruchy;</li> <li>— brak empatii;</li> <li>— skłonność do popadania w pracoholizm;</li> <li>— postrzeganie innych jako niegodnych zaufania;</li> <li>— nieprzestrzeganie zasad;</li> <li>— działanie w pojedynkę;</li> <li>— przekonanie o swojej wyjątkowości;</li> <li>— inni ludzie są dla niego niezrozumiali;</li> <li>— wyjątkowo zaborczy;</li> <li>— posiada wiele związków, lecz krótkotrwałych.</li> </ul>

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: W.D. Buening, *Infant Attachment Checklist*, <http://www.reactiveattachmentdisordertreatment.com/infantattachchecklist.pdf> [dostęp: 24.12.2014]; G. Vassar, *The symptoms of RAD in adults*, <http://lakesideconnect.com/trauma-and-trauma-informed-care/the-symptoms-of-rad-in-adults> [dostęp: 28.12.2014].

Source: Developed by the author on the basis of: W.D. Buening, *Infant Attachment Checklist*, <http://www.reactiveattachmentdisordertreatment.com/infantattachchecklist.pdf> [access: 24.12.2014]; G. Vassar, *The symptoms of RAD in adults*, <http://lakesideconnect.com/trauma-and-trauma-informed-care/the-symptoms-of-rad-in-adults> [access: 28.12.2014].

<sup>11</sup> Tamże, s. 118.



Z kolei typ niezahamowany określa się niekiedy jako psychopatię bezuczuciową bądź zespół dziecka szpitalnego<sup>12</sup>. Zauważa się, że „[...] zaburzenia te utrzymują się uporczywie, nawet w przypadku zaistnienia wyraźnych zmian w otoczeniu społecznym dziecka”<sup>13</sup>. Tak więc praca terapeutyczna z jednostką charakteryzującą się typem niezahamowanym RAD jest znacznie częściej skazana na porażkę aniżeli w przypadku typu zahamowanego.

RAD mylone jest z innymi zaburzeniami, ponieważ wiele podobnych symptomów mają również osoby z zaburzeniami zachowania, fobią społeczną, zaburzeniami lękowymi, opozycyjno-buntowniczymi czy nawet z zaburzeniami neuropsychiatrycznymi (m.in. schizofrenia dziecięca czy zaburzenia autystyczne). W związku z tym ważne jest, aby zastosować diagnozę dyferencyjną, która ma za zadanie wykluczyć wszystkie inne, przypominające RAD, zaburzenia.

W Polsce rzadko diagnozuje się RAD, ponieważ ten rodzaj zaburzeń jest niemal nieznanym przez środowisko osób zajmujących się zdrowiem dzieci i ich wychowywaniem. W naszym kraju brak również rzetelnych narzędzi badawczych, z których rzeczeni specjaliści mogliby korzystać. Walter D. Buening opracował listę syndromów prezentowanych przez dzieci cierpiące na RAD<sup>14</sup>. Przetłumaczone narzędzie zostanie dołączone do artykułu jako załącznik, z którego być może skorzystają praktycy (por. Załącznik 1).

Większość badań dotyczących reaktywnych zaburzeń więzi przeprowadzane były na grupie dzieci umieszczonych w instytucjonalnej pieczy zastępczej oraz w rodzinach adopcyjnych. Autorzy badań sugerują, iż zachowania prezentowane przez dzieci, które zostały umieszczone w placówce opiekuńczo-wychowawczej mogą być adaptacyjne, czyli stają się reakcją na otoczenie instytucjonalne. U dzieci, które nie doświadczyły w swoim życiu opieki instytucjonalnej nie jest łatwo zdiagnozować aż tak nieuporządkowane reakcje przywiązaniowe<sup>15</sup>. We własnej praktyce wychowawczej w placówce opiekuńczo-wychowawczej obserwuję wielość symptomów zamieszczonych w załączniku 1. Co jakiś czas pojawiają się dzieci, z którymi nawiązanie relacji jest znacznie utrudnione bądź niekiedy nawet niemożliwe. Dziecko jawi się jako nieobecne, niechętne, jakby za ścianą. Odrzuca chęć współpracy bądź przyjmuje ją tylko dlatego, by wychowawcy i specjaliści dali mu spokój. Dzieci z zaburzeniami więzi nie mają żadnego punktu zaczepienia, ponieważ nawet wśród rówieśników nie ma osób, z którymi czują się dobrze. Zostają sami dla siebie i w tym chcą trwać. Nawet jeśli się przytulają, odczuwa się nieodparte wrażenie, że są nieobecne, że nie odczuwają przyjemności, a jedynie naśladują zachowania innych. To dzieci niepokorne, sprawiające wiele trudności wychowawczych. Należą do nich m.in.:

<sup>12</sup> World Health Organization..., dz. cyt., s. 253.

<sup>13</sup> Tamże.

<sup>14</sup> W.D. Buening, *Spoiled Child Syndrome*, por. źródło: <http://www.reactiveattachmentdisorderrecovery.com/childattachchecklist.pdf> [dostęp: 23.12.2014].

<sup>15</sup> L.T. Hardy, *Attachment Theory...*, dz. cyt., s. 31.

- kradzieże na terenie placówki (okradanie kolegów, wychowawców) i w szkole (długopisy, kieszonkowe dzieci, telefony, pieniądze nauczycieli),
- niszczenie mienia, które ma charakter złośliwego odwetu (pisanie po łóżkach, dewastowanie mebli, bazgranie po ścianach etc.), a także błyskawiczne niszczenie podręczników szkolnych, zeszytów, piórników (rysowanie nieprzyzwoitych obrazków, pisanie wulgaryzmów etc.),
- nieustające kłamstwa dotyczące wszystkiego, nawet najbardziej oczywistych kwestii,
- odporność na nagrody oraz ponoszone konsekwencje za złe zachowanie (nic nie robi na dziecku wrażenia),
- złośliwe postępowanie wobec dorosłych i dzieci (np. chowanie zepsutego jedzenia w różnych zakamarkach),
- identyfikowanie się ze złem,
- zaburzenia jedzenia, snu i in.

Praca terapeutyczna z dzieckiem wykazującym trudności w nawiązywaniu relacji jest szczególnie trudna w warunkach wychowania instytucjonalnego. Po zdiagnozowaniu u jednostki reaktywnych zaburzeń więzi, dyrekcja oraz specjaliści placówki powinni umieścić dziecko w filii, w której warunki są najbardziej zbliżone do domowych. Placówki opiekuńczo-wychowawcze przechodzą poważne przeobrażenia<sup>16</sup> i coraz rzadziej przypominają ogromne budynki, w których przebywa niezliczona ilość wychowanków. Mimo tego, nie należy zapominać, że placówki są sztucznymi tworem, które charakteryzują się specyficzną sztywnością myślenia, regulaminem oraz koszarowością, która wynika z życia w zbiorowości. W związku ze specyficznym charakterem wychowania zbiorowego, pracownicy placówek powinni wypracować takie metody i narzędzia, aby jednostki z RAD mogły w sprzyjających warunkach wyrazić swoją frustrację, zwerbalizować swoje problemy i potrzeby. Dzięki spotkaniu się dziecka z własną, skomplikowaną sferą emocjonalną, możliwa będzie dalsza praca oparta na autentycznych, coraz bliższych relacjach.

Stąd też najlepszym rozwiązaniem dla dziecka z RAD jest umieszczenie go w mieszkaniu socjalizacyjnym, w którym przebywa do czternastu wychowanków. Takie mieszkanie przypomina dom rodzinny – nie ma w nim ani świetlicy, ani stołówki. Dzieci posiadają spersonalizowane pokoje, a system organizacji zbliżony jest do rodzinkowego. Ograniczona ilość wychowanków oraz w miarę stały zespół wychowawców ograniczający się zazwyczaj do pięciu osób sprawia, że dziecku z trudnościami w nawiązywaniu więzi trudniej się ukryć i separować

<sup>16</sup> Zgodnie z ustawą z dnia 9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i pieczy zastępczej. Dz. U. 2011, nr 149, poz. 887, z późn. zm., do końca 2019 roku sukcesywnie będą wprowadzane zmiany mające na celu usprawnienie systemu, prace na rzecz powrotu dziecka do domu rodzinnego oraz zapewnienie dzieciom przebywającym w pieczy zastępczej warunków możliwie najbardziej zbliżonych do rodzinnych. Ustawa zakłada zmniejszenie ilości dzieci w placówkach (do 14 osób), podwyższenie wieku dzieci umieszczanych w placówkach opiekuńczo-wychowawczych i in.

(co z kolei jest bardzo łatwe w dużych placówkach). Wspólne wykonywanie czynności domowych (nie ma personelu sprząającego; w tygodniu szkolnym jest jedynie kucharz/kucharka), grupowe spędzanie czasu wolnego, remontowanie i urządzenie mieszkania, zespołowe kultywowanie tradycji świątecznych powoduje, że nawet dziecko z zaburzeniami więzi po dłuższym czasie poczuje swoistą przynależność do miejsca, a później być może również do ludzi.

Własna praktyka wychowawcza pokazuje, że zanim dziecko zacznie przywiązywać się do zbiorowości, musi nauczyć się bliskich, emocjonalnych relacji choćby z jedną osobą. W warunkach instytucjonalnych jest to szczególnie trudne, ponieważ środowisko placówki nie jest stabilne przez wzgląd na częstą fluktuację nie tylko wychowawców, ale także samych podopiecznych. Częste zmiany powodują, że dzieciom towarzyszy poczucie tymczasowości, a co za tym idzie – trudniej im się utożsamić z miejscem i osobami, którymi są otoczone. Ponadto, uwaga wychowawcy pełniącego dyżur musi zostać podzielona na czternastkę dzieci. Trudno w tych warunkach poświęcić czas dziecku, które nieświadomie wymaga od dorosłego totalnego skoncentrowania uwagi tylko na nim. Aby móc rozpocząć pracę z jednostką wykazującą trudności przywiązaniowe, warto wykorzystać metodę doboru naturalnego, które jest dopasowaniem emocjonalnym dziecka i wychowawcy. Dziecko zazwyczaj jest w stanie wskazać dorosłego, przy którym czuje się lepiej i bardziej bezpiecznie. Jeśli wskazany przez dziecko wychowawca nie czuje jakiejś szczególnej niechęci wobec wychowanka, a wręcz przeciwnie – darzy go sympatią oraz nie ma zamiaru zmieniać swojej sytuacji zawodowej, można rozpocząć indywidualną pracę edukacyjną, opiekuńczą, a przede wszystkim wychowawczo-terapeutyczną. W tej sytuacji dyrekcja powinna podjąć takie działania organizacyjne, aby praca z dzieckiem była możliwa również podczas zwykłych dyżurów wychowawczych.

Dzieci z RAD podczas takiego indywidualnego kontaktu niekiedy zapominają się i wychowawca staje im się bliższy. Kiedy rozpoznają tę sytuację, nasilają swoje złe zachowania, aby sprowokować schemat, który znają od dawna – odrzucenie. Ważne jest, aby wychowawca nie ulegał takim prowokacjom. Odpowiedzią na nieakceptowane zachowania powinna być cierpliwość oraz akceptacja, przy jednoczesnym pociąganiu dziecka do ponoszenia odpowiedzialności za swoje postępowanie.

Choć sposobów nawiązywania relacji jest wiele i są zależne od osobowości i potrzeb poszczególnego dziecka, warto zwrócić uwagę na narzędzia, które nie należą do zbyt znanych i powszechnych w Polsce – są to testy projekcyjne Blob. Poszukując efektywnych sposobów na otwieranie dzieci i pobudzanie ich reakcji emocjonalnych, wspomniane testy okazały się skuteczne nie tylko w pracy z jednostkami cierpiącymi na zaburzenia więzi, ale także w działaniach wychowawczych i terapeutycznych z dziećmi, które doświadczyły traumy. Dzięki te-

stom Blob, możliwa jest również zintensyfikowana praca grupowa, która ma służyć budowaniu oraz integrowaniu zespołu.

Blobs są użyteczne w komunikacji, ponieważ odnoszą się do języka, którego uczymy się od niemowlęcia, tj. do języka ciała oraz emocji<sup>17</sup>. Dzięki temu, dziecko, które nie potrafi opowiedzieć o swoich stanach emocjonalnych, może wyrazić swoje uczucia w inny sposób, za pomocą Blobów. Tajemniczy Blob to postać, która nie ma płci, nie jest obciążona metryką, nie ma również żadnych cech rasowych. To pozwala każdemu z nas zidentyfikować się z Blobem – może on być nami z przeszłości, teraźniejszości, może być również naszym marzeniem dotyczącym przyszłości. Blobs mogą być zarówno szczęśliwe i dobre, jak i samolubne, i agresywne, czyli takie jak każdy z nas w różnych sytuacjach życiowych. Blobs nie oceniają, one pokazują, jak jesteśmy odmienni, i jak zróżnicowane uczucia i emocje drzemią w każdym z nas<sup>18</sup>.

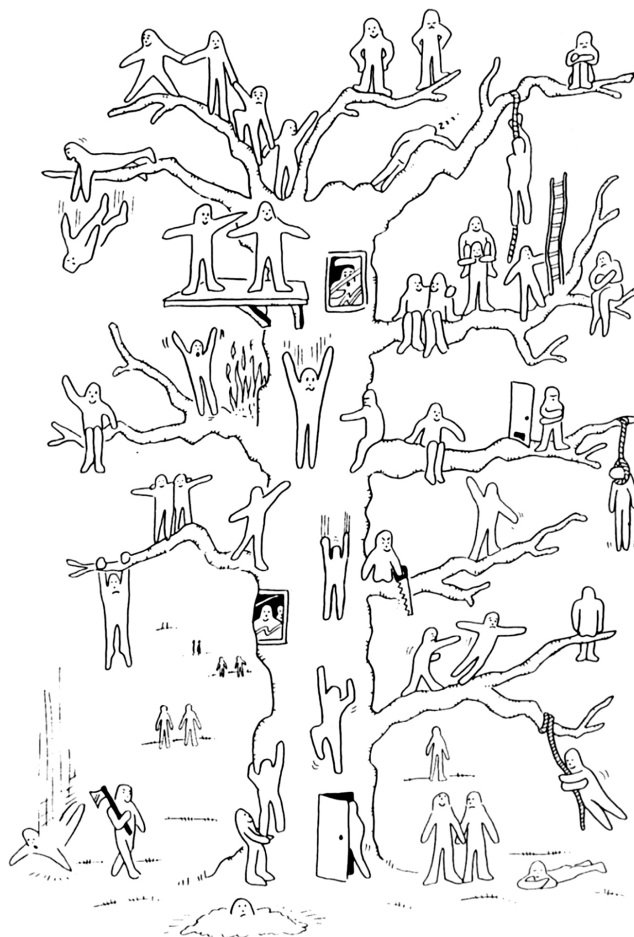
Testy Blob są skuteczne w otwieraniu dyskusji na temat uczuć, przeżyć, doświadczeń. Pomagają one w rozwijaniu empatii, rozumieniu własnej historii życiowej oraz uczyć samoświadomości. Największym specjalistą w interpretacji testu jest osoba badana – ma ona prawo do własnej interpretacji, nawet gdy jest zgola inna od pomysłów prowadzącego. W pracy z dziećmi o trudnościach przywiązaniowych wykorzystywałam testy: a) Blob Tree (por. Rys. 2.) – test drzewa badający relacje dziecka z najbliższym otoczeniem oraz ważnymi obiektami; b) Blob Islands – test wyspy badający formy spędzania czasu wolnego dziecka, jego rodziny oraz uwidacznia relacje dziecka z otoczeniem; c) Blob Bridge – test mostu, który ma za zadanie odpowiedzieć na pytanie: Gdzie dziecko sytuuje siebie w otaczającym je świecie. Test może również sprawdzać jaki jest stopień poczucia zagrożenia bądź bezpieczeństwa; d) Blob Bar – test baru również sprawdza formy spędzania czasu wolnego dziecka oraz jego najbliższych; e) Blob Classroom – test klasy szkolnej pokazuje pozycję dziecka w grupie rówieśniczej oraz stosunek do szkoły; f) Blob Christmas Tree – test drzewa w wersji świątecznej wskazuje na stosunek dziecka oraz jego bliskich do świąt, pokazuje również formy świętowania; g) Blob Bullying – test prezentujący różne formy znęcania się. Test bullying wskazuje na przeżyte przez dziecko formy tyranizowania oraz agresywne skłonności tkwiące w dziecku.

Dzieci z zaburzeniami więzi chętnie uczestniczą w rozwiązywaniu testów Blob. Dopytują się kiedy ponownie będą mogły je wykonać. Podczas badań, ze strony wychowawcy padają pytania ogólne, pogłębiające dyskusję oraz głębokie. Odpowiedzią na pytanie jest zaznaczenie postaci, która najbardziej im odpowiada oraz opowiedzenie o kontekście sytuacji. Początki nigdy nie są łatwe – dzieci zazwyczaj skrywają się za określonym Blobem opowiadając o jego emocjach, nie o swoich. Z biegiem czasu, dzieci coraz częściej mówią o sobie, o swoich przeżyciach, doświadczeniach. Otwierają się, nawiązując tym samym

<sup>17</sup> P. Wilson, I. Long, *The Blobs Training Manual*, Speechmark Publishing Ltd., London 2010, s. 4.

<sup>18</sup> Tamże, s. 7.

coraz bliższą relację z wychowawcą. Cierpliwość wychowawcy oraz autentyczna chęć zbliżenia się do dziecka zawsze przynoszą widoczną poprawę w zachowaniu dziecka oraz rozwijaniu umiejętności emocjonalnych.



**Rys. 2.** Test drzewa. Źródło: P. Wilson, I. Long, *The Big Book of Blob Trees*, Speechmark Publishing Ltd., London 2009.

**Fig. 2.** Blob Tree. Source: P. Wilson, I. Long, *The Big Book of Blob Trees*, Speechmark Publishing Ltd., London 2009.

Wychowawca może używać testów Blob również w przygotowywaniu wychowanka do procesu adopcyjnego oraz badaniu gotowości dziecka do podjęcia tak ważnej, nowej relacji. Przygotowanie dziecka oraz potencjalnych rodziców jest niezwykle ważne w przypadku zaburzeń więzi. Początkowo nawiązana relacja z nowymi opiekunami jest powierzchowna i iluzoryczna. Coraz lepsze samopoczucie dziecka w nowej rodzinie przerywa strach i chęć powtórzenia trau-

my z dzieciństwa, dlatego też jednostka wraca do swoich starych, stereotypowych zachowań, aby wywołać u nowych rodziców reakcje odrzucenia. Przeniesienie na aktualnych opiekunów lęków, których dziecko doświadczało w relacji z biologicznymi rodzicami, wynika z obawy przed zaangażowaniem i kolejną utratą. Dlatego też tak ważna jest świadomość istnienia tego rodzaju zaburzeń – aby dziecko nie utwierdziło się w przekonaniu, że zawsze będzie odrzucane, i aby opiekunowie potrafili przetrzymać ten trudny czas, i tym samym nie odrzucili dziecka. Nowi opiekunowie nie muszą zostać z tym sami. Pomimo tego, że w Polsce sieć pomocy w zakresie RAD niemalże nie istnieje, można udać się do psychoterapeuty, aby wspomóc dziecko w przepracowaniu traumy, a i samym rodzicom adopcyjnym dać przekonanie, że zachowanie dziecka nie jest ich winą.

Terapia dzieci z zaburzeniami więzi powinna być doświadczalna, tzn. dziecko musi doświadczyć doznań, które będą je leczyć. Inne terapie nie będą przynosiły rezultatu, bowiem bazują na nawiązaniu przez pacjenta więzi z terapeutą, a do tego dziecko z RAD nie jest zdolne. Ponadto, epicentrum terapii musi być rodzina, czyli nie tylko dziecko uczestniczy w oddziaływaniach terapeutycznych, ale również nowi rodzice (wiedzą co się dzieje na terapii, ponieważ albo siedzą obok dziecka, albo obserwują je przez lustro weneckie) czy wychowawca wiodący w placówce. Jednostka z RAD podczas terapii doświadczalnej ponownie musi przeżyć traumę. Ból, którego doświadcza może podzielić między siebie i osoby, które ją kochają i akceptują. Jeśli będzie się to odbywało w absolutnie bezpiecznych warunkach (pełne miłości, empatii, wsparcia), jest szansa, że dziecko powoli zacznie zmieniać swoje postawy względem nowych opiekunów.

RAD jest stosunkowo nowym rodzajem zaburzeń, jednakże może być odpowiedzią na wiele pytań stawianych przez wychowawców instytucjonalnej pieczy zastępczej, rodziców zastępczych czy adopcyjnych. Należy zatem dołożyć większych starań, aby zrozumieć dzieci z tego rodzaju zaburzeniem oraz wypracować solidne kryteria diagnostyczne, narzędzia i prace terapeutyczne dążące do poprawy funkcjonowania tych dzieci w społeczeństwie. W Polsce należy również zastanowić się nad utworzeniem konkretnych programów pomocy, funkcjonujących przy ośrodkach adopcyjnych, bowiem rodzice, którzy doświadczyli problemu RAD, mają skłonność do obwiniania siebie za niepowodzenia wychowawcze i trudności nawiązania więzi z dzieckiem.

## Załącznik 1.

**Reaktywne zaburzenia więzi: lista symptomów występujących u dzieci**

Nazwisko dziecka: ..... Data:

Nazwiska rodziców:

Lp.	Symptom	Nie występuje	Występuje w formie łagodnej	Występuje w formie umiarkowanej	Występuje w formie ciężkiej
1	Niezdolne do dawania i otrzymywania miłości;	0	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
2	Opozycyjne, kłótlive, niepokorne	0	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
3	Emocjonalnie fałszywe, nieszczerze, puste	0	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
4	Manipulujące bądź kontrolujące	0	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
5	Częste lub intensywne wybuchy złości	0	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
6	Rozgniewane wewnątrznie	0	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
7	Niezdolne do płaczu, kiedy dzieje się coś smutnego	0	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
8	Unika bądź jest odporne na fizyczną bliskość i dotyk	0	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
9	Niegodne zaufania	0	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
10	Nie odczuwa wyrzutów sumienia bądź odczuwa je w ograniczonym stopniu	0	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
11	Powierzchnownie angażujące się w relacje, urocze	0	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
12	Brak kontaktu wzrokowego w sytuacjach rodzicielskich	0	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
13	Bezkrytyczne relacje z obcymi	0	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
14	Nieczułe na tematy związane z rodzicami	0	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
15	Destrukcyjne dla siebie, innych i mienia	0	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
16	Bardziej nieposłuszne przy mamie niż przy tacie	0	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
17	Okrutne dla zwierząt	0	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10

18	Kradnie	0	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
19	Kłamie na temat rzeczy oczywistych	0	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
20	Impulsywne bądź hiperaktywne	0	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
21	Braki w myśleniu przyczynowo-skutkowym	0	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
22	Objada się bądź robi zapasy żywności	0	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
23	Słabe relacje z rówieśnikami	0	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
24	Zaabsorbowane ogniem, krwią, przemocą	0	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
25	Nieustannie pyta o bzdury, ciągle paplanina	0	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
26	Niewłaściwie wymagające i przylegające	0	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
27	Seksualne odreagowywanie w działaniu trudnych sytuacji	0	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
28	Władcze wobec rówieśników	0	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10

Źródło: W.D. Bueening, *Child Attachment Checklist*, <http://www.reactiveattachmentdisordertreatment.com/childattachchecklist.pdf> [dostęp: 23.12.2014].

Source: W.D. Bueening, *Child Attachment Checklist*, <http://www.reactiveattachmentdisordertreatment.com/childattachchecklist.pdf> [access: 23.12.2014].

## Bibliografia

- Ainsworth M.S., Blehar M.C., Waters E. i in., *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*, NJ: Lawrence Erlbaum, Hillsdale 1978.
- American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders. Fourth Edition. DSM-IV<sup>TM</sup>*, Washington 1994.
- Bowlby J., *Attachment and loss. Vol. 1. Attachment*, Tavistock Institute of Human Relations, New York 1983.
- Bowlby J., *Przywiązanie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
- Bueening W.D., *Child Attachment Checklist*, por. źródło: <http://www.reactiveattachmentdisordertreatment.com/childattachchecklist.pdf> [dostęp: 23.12.2014].
- Bueening W.D., *Infant Attachment Checklist*, por. źródło: <http://www.reactiveattachmentdisordertreatment.com/infantattachchecklist.pdf> [dostęp: 24.12.2014].
- Gabbard G.O., *Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2009.
- Hardy L.T., *Attachment Theory and Reactive Attachment Disorder: Theoretical Perspectives and Treatment Implications*, „Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing” 2007, nr 1.
- Iniewicz G., *Zaburzenia emocjonalne u dzieci i młodzieży z perspektywy teorii przywiązania*, „Psychiatria Polska” 2008, nr 5.



- MSD Manual, *Podręcznik diagnostyki i terapii. Pierwsze wydanie polskie*, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 1992.
- Nowak M., Gawęda A., Janas-Kozik M., *Prowokacja odrzucenia czy pragnienie bliskości? Znaczenie relacji rodzic zastępczy – dziecko dla niwelowania deficytów wynikających z diagnozy „zaburzenia więzi”*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” 2011, nr 11(1).
- Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i pieczy zastępczej. Dz. U. 2011, nr 149, poz. 887, z późn. zm.
- Vassar G., *The symptoms of RAD in adults*, por. źródło: <http://lakesideconnect.com/trauma-and-trauma-informed-care/the-symptoms-of-rad-in-adults> [dostęp: 28.12.2014].
- Wilson P., Long I., *The Big Book of Blob Trees*, Speechmark Publishing Ltd., London 2009.
- Wilson P., Long I., *The Blobs Training Manual*, Speechmark Publishing Ltd., London 2010.
- World Health Organization, *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. ICD-10. Rewizja dziesiąta. Tom 1*, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia 2008.