

Mgr Paulina Trębicka

Doktorantka w Instytucie Psychologii

WFCH

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego

w Warszawie

Wpływ prawidłowej więzi oraz miłości rodzicielskiej na dziecko, które doświadczyło zaniedbania

Abstract:

The influence of proper bond and parental love on a child who experienced neglect

One of the forms of violence against children, situated among mental, physical or sexual abuse, is neglect. It is not only the lack of proper medical and physical care or not satisfying child's basic physiological needs but it is also the lack of education and culture, deprivation of the need for love and need to belong, harmful to one's health behaviours of pregnant women along with not breastfeeding. It is well known that safe and loving relationship with caregiver, repetitiveness and predictability of caring activities along with touch are significant for proper development of child and its social functioning. This article presents the case study of a girl with Fetal Alcohol Syndrome (FAS) who was left in the hospital and due to lack of stable relationship and inclusivity, she was developmentally delayed to a great extent (in spite of FAS). This case study depicts how love of foster parents, who met this girl and decided to adopt her as well as their perseverant work and building the bond, helped in growth of the girl and allowed for her further development.

1. Znaczenie prawidłowej więzi

Prawidłowa więź z rodzicami lub opiekunami, poczucie bycia kochanym, poczucie przynależności oraz dotyk to jedne z wielu istotnych czynników wpływających na rozwój dziecka. Potwierdzają to badania i obserwacje prowadzone na przestrzeni lat.

W artykule z 1946 roku Rene Spitz (za: Słaboń-Duda, 2011) opisuje swoje obserwacje dotyczące dzieci z domów dziecka w Ameryce Południowej. Postawił hipotezę, że wysoki stopień umieralności dzieci w takich placówkach nie jest spowodowany przez bakterie i wirusy, tylko przez brak dotyku i miłości. W tamtych czasach uważano, że zapewnienie podstawowej opieki (karmienie, przewijanie, mycie) wystarczy, aby dziecko mogło się rozwijać i rosnąć. Rene prowadził obserwację wśród dwóch grup dzieci. Pierwsza: niemowlęta w przyszpitalnym sierocińcu, których podstawowe potrzeby zaspokajały pielęgniarki, ale bez

nawiązywania relacji. Druga: niemowlęta w przywieszonym domu opieki, gdzie matki odsiadujące wyrok spędzały ze swoimi dziećmi większość dnia. Okazało się, że dzieci pozbawione bliskiego kontaktu, dotyku i pieczyt gorzej rozwijały się, a niejednokrotnie następował proces ich regresji lub nawet śmierć (za: tamże).

Warto też zwrócić uwagę na znane badania Harrego Harlowa (Harlow, Zimmerman, 1959) prowadzone na małpkach rezusach. W eksperymencie Harlowa małe małpki były karmione przez sztuczne „matki” z drutu. W tym pomieszczeniu były także puchate i miękkie sztuczne „matki”, które jednak nie karmiły młodych. Wyniki eksperymentu pokazują, że małpki w stresujących sytuacjach szukały schronienia u sztucznej, miękkiej „matki”, a także spędzały z nią więcej czasu. Do „matki” drucianej przychodziły tylko po pokarm, a w chwili stresującej szukały schronienia i pocieszenia jedynie u „matki” puchatej¹.

Harlow twierdzi, że małe małpki musiały napęścić „zbiornik” uczucia i bezpieczeństwa, żeby zacząć eksplorować otoczenie.

Analogicznie u dzieci - w nowej sytuacji tulą się do matek i ojców, a po pewnym czasie odchodzą od nich, żeby np. pobawić się z kimś nowopoznanym. Mogą wracać tak do rodzica za każdym razem, kiedy ich „zbiornik emocjonalny” wymaga napełnienia.

O „zbiorniku” na miłość, emocje, bezpieczeństwo pisze również Gary Chapman (2010) oraz Ross Campbel (2003).

Nasz nastolatek ma pewne potrzeby emocjonalne i fakt, czy są one zaspokojone (poprzez miłość, zrozumienie, utrzymywanie dyscypliny itd.), decyduje o tym, co czuje – czy jest zadowolony, rozgniewany, przygnębiony lub radosny. Ma to również wielki wpływ na jego zachowanie – sprawia, że jest posłuszny lub nieposłuszny, zniechęcony lub pełen energii, rozbawiony i chętny do żartów, albo zachowuje dystans. Im pełniejszy jest ów emocjonalny pojemnik, tym uczucia są bardziej pozytywne, a zachowanie – lepsze (Campbel, 2003, s. 31).

Można więc stwierdzić, że nie samo zaspokojenie takich podstawowych potrzeb jak potrzeba jedzenia, snu odpoczynku, ale również (w raczej przede wszystkim) zaspokojenie emocjonalnych jest czynnikiem wspierającym rozwój

¹ W kolejnej części badania, wpuszczano małpkę do pokoju z różnymi, nowymi dla niej przedmiotami. Małpka bała się i nie eksplorowała otoczenia. Gdy wstawiono drucianą „matkę” (od której dostawała pokarm), małpka wpuszczona do pokoju zachowywała się jak poprzednio (nie reagując na pojawienie się drucianej „matki”). Jednakże, gdy w pokoju znajdowała się miękka „matka”, małpka wpuszczona do pokoju biegła do niej, wtulała się i uspakajała, po czym zaczynała eksplorować otoczenie.

<https://www.youtube.com/watch?v=1cvDKuna358>

dziecka. Wiele badań i obserwacji potwierdziło, że brak lub pozbawienie dziecka bliskiej emocjonalnej więzi z opiekunem powoduje jego zaburzony rozwój, a czasem powoduje nieodwracalne w nim braki (Czub, 2003).

Jednym z ważnych czynników wpływających na rozwój dziecka jest bliskość fizyczna, zwłaszcza czuły dotyk. Christopher Knill (1995) zauważa, że dotyk jest pierwszym doznaniem w ludzkim życiu. Noworodki doświadczają otaczającego ich świata i komunikują się z opiekunem głównie poprzez ten zmysł. Knill podkreśla również, że zarówno dotyk, jak i ruch (np. kołysanie) korzystnie wpływają na zdolności komunikacyjne, rozwój fizyczny i emocjonalny oraz zdrowie rozwijającego się dziecka. W późniejszym życiu dzieci, które były przytulane mają większą pewność siebie i prawidłową samoocenę, jak również mają umiejętność stawiania granic.

Szczególnie ważne w budowaniu więzi jest karmienie noworodka piersią. Jest to czynność więziotwórcza, a nie tylko zaspokajająca fizjologiczne potrzeby dziecka (Janiuk, 2013).

We wczesnym dzieciństwie dobry, ciepły kontakt fizyczny z opiekunem pozytywnie wpływa na osiąganie w późniejszych okresach rozwojowych dojrzałości społeczno-emocjonalnej, na nawiązywanie prawidłowych kontaktów towarzyskich oraz poczucie niezależności. Dotyk i ruch są niezwykle istotne podczas zabawy, dzięki której dziecko uczy się, eksperymentuje oraz poznaje świat i zasady w nim panujące (Zagórska, 2013). Jedną z prostszych form komunikacji z dzieckiem jest masaż. Poprzez dotyk dzieci zyskują świadomość swojego ciała, co wpływa na ich koordynację, poczucie bycia w przestrzeni i czucia poszczególnych części swojego ciała (Paczkowska, Szmalec, 2014).

Knill (1995) zwraca uwagę również na rolę dotyku w codziennych czynnościach związanych z pielęgnacją dziecka. Kąpanie, ubieranie, karmienie i zabawa przez swoją powtarzalność stają się rytuałami, które dziecko dobrze zna. Ich przewidywalność, bezpieczeństwo i regularność uczą zarówno dziecko, jak i opiekuna, reakcji na siebie nawzajem, a dziecko dodatkowo nabywa przekonania o przewidywalności wydarzeń w świecie. Jest to ważne dla rozwoju dziecka, ale także dla nauki nowych sytuacji w późniejszym życiu (tamże). Dzięki kontaktowi fizycznemu dziecko uczy się dialogu i przejawiania inicjatywy, co w konsekwencji wpływa na jego rozwój mowy i kontaktów interpersonalnych (Paczkowska, Szmalec, 2014).

2. Zaniedbywanie dziecka

Gdy dziecko nie doświadcza bliskości opiekunów, gdy jego potrzeby nie są zaspokajane mówimy wtedy o zaniedbaniu dziecka.

Zaniedbanie jest formą przemocy wobec dziecka, podobnie brzemienną w skutki, jak przemoc fizyczna, psychiczna, czy seksualna, mającą wpływ na rozwój i dorosłe życie człowieka. Zachowania świadczące o zaniedbywaniu dziecka, poza tak oczywistymi jak krzywdzenie, niewystarczająca opieka medyczna i fizyczna, brak edukacji i kultury (Sochocka, Komenda-Kołecka, 2014), to także antyzdrowotne zachowania kobiety w ciąży, nieprawidłowe odżywianie czy deprivacja potrzeby miłości i przynależności (Kobak i in., 2012).

Zachowania świadczące o zaniedbaniu mogą wystąpić już w okresie prenatalnego rozwoju dziecka. Jednym z nich jest zażywanie przez matkę substancji psychoaktywnych, narkotyków, alkoholu, środków wpływających na nastrój oraz czynne lub bierne palenie wyrobów tytoniowych. Toksyny działające bardzo szkodliwie na płód powodują duże problemy rozwojowe mające wpływ na całe późniejsze życie człowieka.

Picie alkoholu przez matkę może prowadzić do zaburzeń rozwojowych – począwszy od trudno uchwytnych zmian przez różnego rodzaju poważne wady spowodowane przez alkohol ARBD (*Alcohol-Related Birth Defects*), poprzez alkoholowy efekt płodowy FAE (*Fetal Alcohol Effect*), aż do pełnoobjawowego alkoholowego zespołu płodowego FAS (*Fetal Alcohol Syndrom*) (Liszczy, 2012; Marek, 2013).

FAS to nieuleczalny zespół chorobowy dotyczący zaburzenia funkcji neurobehawioralnych, zmian narządów wewnętrznych i wyglądu zewnętrznego (Liszczy, 2012). Dzieci z FAS mają opóźniony wzrost i rozwój w porównaniu do rówieśników. Noworodki rodzą się mniejsze i jako dzieci również są mniejsze i chudsze niż rówieśnicy (Marek, 2013). Elementem charakterystycznym u dzieci z FAS jest dysmorfia twarzy, czyli nieprawidłowość w budowie głowy i twarzy. Do cech tej dysmorfii zalicza się przede wszystkim: wygładzoną rynienkę podnosową lub jej całkowity brak, płaską środkową część twarzy, małe oczy, cienką górną wargę, brak czerwieni wargowej, często także dysmorficzne małżowiny uszne (Pirogowicz, Hoffman, 2008, s. 60).

U dzieci z FAS funkcjonowanie intelektualne i społeczne jest upośledzone. Dzieje się tak m.in. dlatego, że mózg, który jest bardzo wrażliwą strukturą, pod wpływem alkoholu zostaje uszkodzony lub jego funkcje zostają upośledzone (Marek, 2013).

Dzieci te mają słabe umiejętności komunikacyjne, trudności społeczne i wysoką impulsywność, dużą aktywność, niezdolność utrzymania uwagi oraz słabą pamięć operacyjną. Dodatkowo, w późniejszych latach mają one problem z abstrakcyjnym myśleniem, nieumiejętnością rozwiązywania problemów i niezdolnością oceny sytuacji (Aase, 1998; za: Marek, 2013). Teratogenne działanie alkoholu ma również wpływ na rozwój i funkcjonowanie takich ośrodków i narządów jak: ośrodkowy układ nerwowy, wzrok, serce, przewód pokarmowy (Czech, Hartleb, 2004)².

Z badań wynika, że to, czy dziecko doświadcza miłości może mieć wpływ na późniejsze okazywanie jej w relacjach interpersonalnych, zwłaszcza w relacjach intymnych (Horowitz, Bartholomew, 1991; za: Sochocka, Komenda-Kołecka, 2014).

Ainsworth i in. (1978; za: Sochocka, Komenda-Kołecka, 2014) podkreślają, że postawy i stosunek rodziców do dziecka wpływają na jego relacje w późniejszym życiu. Problemy interpersonalne w dorosłym życiu mogą być spowodowane zaniedbywaniem potrzeb fizycznych i emocjonalnych dziecka w okresie dzieciństwa, zwłaszcza braku ciepła i odpowiedzi na sygnały wysyłane przez dziecko. Dziecko zaniedbywane może doświadczyć traumy wynikającej z braku więzi, ale także z częstej zmiany opiekunów (Senator, 2005; Szczepaniak, 2016).

Reaktywne zaburzenia więzi (*reactive attachment disorder*) według klasyfikacji DSM 5 pojawiają się przed 5 r. ż. i mogą przyjąć dwie formy zachowań niedostosowanych i zaburzonych w budowaniu relacji międzyludzkich: zahamowana i niezahamowana. Forma zahamowana charakteryzuje się nadmierną czujnością, dużą ambiwalencją i zahamowaniem oraz sprzecznymi reakcjami. Dziecko takie nieodpowiednio dla swojego rozwoju nie wykazuje inicjatywy w kontaktach międzyludzkich i niewłaściwie na nie reaguje. Forma niezahamowana przejawia się natomiast w braku wybiórczości i selektywności w kontaktach towarzyskich, „rozlanych” więziach i nieumiejętności okazywania więzi. Dziecko takie przejawia zbyt dużą poufałość nawet w relacji z osobami nieznanymi, tzw.

² Problematyce FAS poświęcona została strona:
<http://www.stowarzyszeniefidesetratio.pl/alkohol1.html>
(przypis redakcji).

bezkrytyczne „łgnięcie” do innych wynikające z zaburzeń behawioralnych lub emocjonalnych (DSM V; por. także: Szczepaniak, 2016).

3. Opis przypadku

Studium to dotyczy historii dziewczynki, która będąc ofiarą ewidentnego zaniedbania miała duże braki rozwojowe. Dzięki budowaniu więzi i pomocy ze strony rodziców zastępczych dziewczynka bardzo się rozwinęła i obecnie wzrasta w poczuciu miłości i bezpieczeństwa. Zawarte w opisie dane osobowe zostały zmienione, aby zachować anonimowość opisywanej rodziny.

Historia Alicji

Alicja obecnie 6-cio latka, przebywająca w pieczy zastępczej u Katarzyny (31 lat) i Davida (36 lat). David jest Francuzem pracuje jako biznesman, a Katarzyna jest oligofrenopedagogiem pracującym z dziećmi z niepełnosprawnościami i z ich rodzicami. W ich domu komunikacja odbywa się w 3 językach: polskim, angielskim i francuskim. Alicja w 3 miesiącu życia została przyjęta do szpitala z powodu ostrej białaczki szpikowej (obecnie w remisji) i pełnoobjawowego FAS. Biologiczna matka Alicji porzuciła dziewczynkę w szpitalu. U Alicji stwierdzono również nadpobudliwość ruchową, która związana jest z FAS. Obecnie przyjmuje immunoglobuliny ze względu na niską odporność organizmu. Dziewczynka pozostawała pod opieką pielęgniarek i służb medycznych. Interesowali się nią również inni ludzie przychodzący do szpitala. Alicja była brana przez wielu ludzi na ręce, ale żaden z nich nie chciał się z nią związać i jej do siebie przyjąć. Traktowana była bardziej jako „maskotka”. Dziewczynka karmiona była pozajelitowo (PEG). Była przewożona co jakiś czas do drugiego szpitala w związku z leczeniem białaczki. Gdy miała 13 miesięcy Katarzyna i David zobaczyli ją, pokochali i postanowili zaopiekować się nią. Zaczęli proces budowania więzi. Przychodzili do Alicji codziennie po pracy i na całe weekendy (często na zmianę). W międzyczasie dowiadywali się, jak prawnie rozwiązać sytuację opieki nad Alicją. Nie byli pewni czy np.. biologiczna matka lub ojciec nie wróci. Okazało się, że sąd pozbawił praw rodzicielskich biologiczną matkę, a jako opiekuna prawnego wyznaczył osobę pracującą w jedynym Powiatowych Ośrodków Pomocy Rodzinie. W szpitalu pielęgniarki zaczęły wymuszać rolę rodziców na Katarzynie i Davidzie, nie oszczędzając komentarzy o braku odpowiedzialności, gdy musieli wyjechać z przyczyn osobistych na parę dni. Dodatkowo, kiedy przychodzili do Alicji do szpitala, nikt ze służby medycznej nie poinformował ich, że odwiedza ją również osoba prowadząca rodzinę zastępczą.

Gdy Alicja miała ok. 1,5 roku, Katarzyna i David zamieszkali z nią w szpitalu, w celu budowania więzi i opieki nad nią. W międzyczasie, po powrocie z drugiego szpitala okazało się, że Alicja zachorowała na salmonellę. Kiedy w szpitalu zapanowała ospa, lekarze

wypisali Alicję ze szpitala, a Katarzyna i David zabrali ją do siebie do domu. Alicja miała wtedy niecałe 2 lata. Katarzyna i David uzyskali status tymczasowej rodziny zastępczej z uprawnieniami na pół roku. Gdy Alicja miała 4 lata, uzyskali prawa rodzicielskie. Alicja przeszła kompleksową diagnozę (2 spotkania po 3 h) i uczęszczała na wczesne wspomaganie rozwoju przez pół roku. Otrzymała orzeczenie o niepełnosprawności intelektualnej w stopniu lekkim. Obecnie chodzi do specjalistycznego przedszkola z programem terapeutycznym.

Rozwój Alicji

Kiedy Katarzyna i David poznali Alicję w szpitalu miała wiele braków rozwojowych. Nie potrafiła stać ani mówić. Jej jedyną zabawą (pomimo wielu zabawek w łóżeczku) było ściągnięcie skarpetki i zabawa nią. Alicja nie odczuwała zagrożenia, przejawiała nieadekwatne emocjonalnie zachowania – zawsze się uśmiechała, co mogło wskazywać na braki umiejętności tworzenia więzi. Wszystkimi ufała, ale także przejawiała obojętność. Duży wpływ na taki stan Alicji miał zmieniający się personel, obcy ludzie, którzy brali ją na ręce i brak stałego opiekuna, z którym mogłaby się związać. Czynności codzienne związane z opieką nad dzieckiem, jak np. kąpanie, przebieranie, karmienie, były pozbawione aspektu więziotwórczego. Brak stałego opiekuna nie pozwalał na budowanie poczucia przynależności. Karmienie metodą pozajelitową, pozbawione dotyku i kontaktu z dzieckiem również negatywnie wpłynęło na rozwój dziewczynki. Jej żuchwa nie była stymulowana, co mogło przyczynić się do opóźnienia rozwoju jej aparatu artykulacyjnego. Alicja nie miała potrzeby przytulania i dotyku, prawdopodobnie także dlatego, że przytulana była tylko w sytuacji robienia zastrzyków.

Katarzyna i David starali się stworzyć więź z Alicją oraz wspomóc ją w rozwoju. Na początku zapoznawali się z nią poprzez zabawę. Potem z miłością, cierpliwością i zaangażowaniem troszczyli się o nią przebierając, kąpiąc, usypiając ją, ucząc jeść i chodzić. Jednak wtedy Alicja jeszcze nie przejawiała zachowań świadczących o przywiązaniu. Lubiła się wspinać, więc opiekunowie asekurowali ją, co pozwalało na rozwój motoryki dużej. Stopniowo oswajali ją również z dotykiem, głaszcząc i próbując przytulać. Wprowadzali również elementy terapii m.in. zabawę z kolorową chustą, niektóre ćwiczenia integracji sensorycznej, ćwiczenia Knilla i Sherborne. Ćwiczenia te wybrali ze względu na zawarty w nich aspekt więziotwórczy. Po pewnym czasie, gdy Katarzyna albo David przychodzili do szpitala, Alicja uśmiechała się z za szyby pokoju, co było znakiem, że ich rozpoznaje. Zasypiała w ramionach Davida, a z Katarzyną chciała się bawić. W dalszym ciągu jednak nie chciała się przytulać. Alicja zaczęła przejawiać również zachowania świadczące o tworzeniu się więzi – podczas zabawy, gdy Katarzyna się schowała, Alicja szukała jej. Po uzyskaniu pozwolenia na spacer, Katarzyna i David pomagali Alicji w odkrywaniu świata. Podczas spacerów chodzili do domu mamy Katarzyny. Było to zupełnie nowe miejsce dla Alicji. Dziewczynka chętnie eksplorowała. Gdy wracała do szpitala, tęskniła za opiekunami. Gdy Alicja zachorowała na salmonellę, opiekunowie byli z nią przy wszystkich zabiegach

i zastrzykach. To pokazało dziewczynce, że oni są przy niej i opiekują się nią. Zaczęła kłaść im głowę na ramionach i przytulać się. To świadczy o tym, że dziewczynka stworzyła więź z Katarzyną i Davidem.

Motoryka

Gdy lekarze wypisali Alicję i opiekunowie wzięli ją do siebie, potrafiła już chodzić. Alicja nie miała większych problemów z motoryką małą. Motoryka duża, również ze względu na FAS, była u niej słabo rozwinięta: dziewczynka wpadała na przedmioty, miała problem z wycuciem odległości. Opiekunowie kontynuowali ćwiczenia Knilla i Sherborne, ruchowe, rozmachowe oraz rytmikę. Wspomagali rozwój motoryki i czucia również poprzez masaże. Alicja uczęszczała również na ćwiczenia integracji sensorycznej. Obecnie dziewczynka jest dość dobrze sprawna ruchowo. Widać u niej dużą poprawę, choć nadal wpada na przedmioty, ma problemy z koordynacją, wycuciem odległości. W dalszym ciągu kontynuowane są wyżej wymienione ćwiczenia i masaże.

Mowa

Alicja przez długi czas nie mówiła. Mowa rozwijała się u niej „skokowo”. Pielęgniarka nauczyła ją słowa „mama” i to było jedyne słowo jakie Alicja potrafiła powiedzieć do 4 roku życia. Dziewczynka próbowała komunikować się poprzez wydawanie odgłosów. Z powodu nierozwiniętego aparatu artykulacyjnego były to odgłosy bardziej „wydechowe” niż takie, które przypominają słowa. Prowadzili z nią rozmowy, by uczyła się mówić oraz powtarzać. Dziewczynka odbyła wizytę u neurologopedy, który stwierdził, że próby komunikacji Alicji są „dobrym znakiem” i wskazują na to, że będzie mówiła. Okazało się, że komunikacja w trzech językach może opóźnić proces rozwoju mowy u dziewczynki. Pierwszy „skok” pojawił się, gdy dziewczynka miała 4 lata – zaczęła spontanicznie powtarzać wypowiedane przez opiekunów słowa. Zaczęła posługiwać się mową, używając słów z trzech języków i tworząc własne. Jej zasób słów przez kolejne ok. 1,5 roku był mały, słowa wypowiedane były niewyraźnie i niepoprawnie. Opiekunowie uczyli dziewczynkę nowych słów, poprawiali ją, gdy robiła błędy w wymowie. Drugi „skok” pojawił się, gdy Alicja miała 5,5 roku i poszła do przedszkola. Dziewczynka „z dnia na dzień” zaczęła mówić płynniej i wyraźniej, zwiększył się jej zasób słów. Obecnie robi postępy w mówieniu, nie łączy w jednym zdaniu słów z różnych języków, a opiekunowie ćwiczą z nią i poprawiają ją gdy mówi niewyraźnie lub niepoprawnie gramatycznie.

Inteligencja i procesy poznawcze

Alicja w teście inteligencji uzyskała wynik niewiele obniżony względem normy dla pięcioletków. Miała problemy z pamięcią i uwagą wynikające z FAS. Z Alicją trzeba komunikować się używając zdań krótkich i prostych. Obecnie robi postępy i w tym obszarze. Alicja wnioskuje i przewiduje w sposób wybiórczy. Zabawy w lalki lub sklep były bardzo schematyczne i proste. Opiekunowie wprowadzali zmiany i nowe pomysły do

zabaw. Po pewnym czasie Alicja zaczęła wymyślać nowe zabawy i używać wyobraźni. Wszystkie te umiejętności opiekunowie ćwiczą podczas rozmów oraz zabaw np. w historyjki z przewidywaniem, tworzenie i opowiadanie wspólnie bajek.

Więź

Alicja pomimo tego, że okazywała tęsknotę i miała poczucie przynależności – mówiła „tęsknię za mamą”, „chodźmy do domu” – przejawiała również zaburzenie więzi – potrafiła pójść z obcą osobą oraz ufała każdemu. Opiekunowie rozmawiali z nią o niebezpieczeństwie i zachowaniu ostrożności. Obecnie Alicja nadal przejawia zachowania świadczące o zaburzeniu więzi – ufa obcym, jest otwarta i bezkrytyczna w stosunku do ludzi. Katarzyna i David rozmawiają z nią, zadają jej pytania pomagające w przewidywaniu niebezpiecznych sytuacji „co by było gdyby...”. Alicja jest związana z opiekunami, nazywa ich „mama i tata”, tęskni, gdy któregoś z nich nie ma i cieszy się, gdy wracają. Gdy ma jakiś problem, trudne doświadczenie lub czegoś się boi – przychodzi do nich. Ostatnio gdy zdechło jej zwierzątko, nie była obojętna – płakała, mówiła że jej smutno, przytulała się do opiekunów. To również pokazuje, jak Alicja potrafi budować więzi.

Rozwój emocjonalny i społeczny

Dziewczynka miała problemy z adekwatnością zachowań emocjonalnych oraz z wyrażaniem i nazywaniem emocji. Katarzyna i David uczą ją nadal jak zachować się w różnych sytuacjach, np. jak przeproszać. Poprzez bycie konsekwentnymi stawiają granice, w których dziewczynka może się bezpiecznie rozwijać. Wykorzystując karty z emocjami, rozmowy, nazywanie i wyrażanie własnych emocji rozwijają jej inteligencję emocjonalną. Alicja, odkąd poszła do przedszkola, może bardziej rozwijać swoje umiejętności społeczne. Zdarza się, że nie chce dzielić się swoimi zabawkami z innymi, bawić się w to co inne dzieci. Jej ograniczenia wynikające z FAS (takie jak np. niski stopień hamowania) sprawiają, że ma trudności w zabawie z innymi np. chce „na siłę” bawić się dalej w zabawę, w którą inne dzieci już nie chcą się bawić. Jednak jest bardzo empatyczna i pomocna. Pociesza, gdy jakieś dziecko płacze, pomaga innym np. ubrać się, gdy wychodzą na spacer. Jej dużym zasobem społecznym jest również otwartość na innych i radosne usposobienie.

Podsumowanie

Zaprezentowany opis przypadku pokazuje, jak ogromne znaczenie dla rozwoju i funkcjonowania dziecka ma pełna miłość, bliskości (również fizycznej), więź z opiekunem, poczucie bezpieczeństwa i przynależności, konsekwencja oraz stałość i przewidywalność.

Ten opis przypadku pokazuje również, jak poważne i długofalowe mogą być skutki zaniedbania dziecka oraz jak wielkim motywatorem jest miłość. Chodzi tu

o miłość nie tylko deklarowaną, ale o miłość konkretną – przejawiającą się w czynach.

Dziewczynka z racji pełnoobjawowego FAS ma wiele problemów związanych z funkcjonowaniem m.in. motorycznym, społecznym, emocjonalnym. Doświadczenie zaniedbania do dziś ma swoje konsekwencje w zaburzeniu więzi, objawiającym się w postaci niezahamowanej. Jednak poświęcenie i zaangażowanie Katarzyny i Davida płynące z ich miłości pomagają Alicji „nadrabiać” braki, wzrastać i rozwijać się.

Opisany przypadek pokazuje również, jak potrzebne są działania rozpowszechniające wiedzę dotyczącą skutków używania alkoholu w okresie oczekiwania na narodziny dziecka, czy zaniedbania dziecka.

Bibliografia:

- Campbell, R. (2003). *Sztuka akceptacji, czyli jak po prostu kochać swojego nastolatka*. Warszawa: Vocatio.
- Chapman, G. (2010). *5 języków miłości*. Kraków: Esprit.
- Czech, E., Hartleb, M. (2004). Poalkoholowe uszkodzenia płodu jako niedoceniana przyczyna wad rozwojowych i zaburzeń neurobehawioralnych u dzieci. *Alkoholizm i Narkomania*, 17(1-2), 9-20.
- Czub, M. (2003). Znaczenie wczesnych więzi społecznych dla rozwoju emocjonalnego dziecka. *Forum Oświatowe*, 2(29), 31-49.
- Harlow, H. F., Zimmermann, R. R. (1959). Affectional Responses in the Infant Monkey. *Science*, 130(3373), 421-432.
- Janiuk, E. (2013). Problem przemocy w rodzinie w praktyce położnej. W: M. Wojtal, D. Żurawicka (red.), *Wybrane aspekty opieki pielęgniarstwa i położniczej w różnych specjalnościach medycyny* (41-52). T.1, Opole: Wydawnictwo Instytut Śląski.
- Knill, Ch. (1995). *Dotyk i komunikacja*. Tłum. M., Piszczek. Warszawa: Centrum Medyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN.
- Kobak, E., Hamankiewicz, J., Koźniewska, D., Żyła, A., Dragunajtys-Sudoł, M., Wieteska-Klimczak, A., Książyk, J. (2012). Skrajne wyniszczenie niemowlęcia jako efekt zaniedbania rodziców. Opis przypadku. *Annals of Diagnostic Paediatric Pathology*, 16 (1-2), 49-53.
- Liszczyk, K. (2012). Problemy zdrowia, edukacji, wychowania, resocjalizacji i usamodzielniania dzieci – matek pijących alkohol w ciąży. *Annals of Diagnostic Paediatric Pathology*, 16(1-2), 23-26.
- Marek, M. (2013). Spożywanie alkoholu przez kobiety w czasie ciąży – zagrożeniem dla rozwoju dziecka. *Studia Socialia Cracoviensia*, 2 (9), 145-153.

- Paczkowska, A., Szmalec, J. (2014). Rola dotyku w rozwoju małego dziecka–masaż jako najstarsza i najdoskonalsza forma komunikowania się z dzieckiem. *Hygeia Public Health*, 49(1), 15-18.
- Pirogowicz, I., Hoffman, K. (2008). Alkoholowy zespół płodowy (FAS) jako przyczyna wcześniactwa i hipotrofii wewnątrzmacicznej. W: I. Pirogowicz, A. Steciwko (red.) *Dziecko i jego środowisko. Noworodek przedwczesnie urodzony – trudności i satysfakcje*, Wrocław: Continuo.
- Senator, D. (2005). Wczesnodziecięca trauma relacyjna. *Nowiny Psychologiczne*, 1, 5–24.
- Słaboń-Duda, A. (2011). Wczesna relacja matka–dziecko i jej wpływ na dalszy rozwój emocjonalny dziecka. *Psychoterapia*, 2(157), 11-18.
- Sochocka, L., Komenda-Kołecka, J. (2014). Zaniedbanie–(nie) świadomą formą przemocy wobec dziecka. *Medycyna Środowiskowa-Environmental Medicine*, 1(17), 83-89.
- Szczepaniak, A. (2016). Zaburzenia więzi jako efekt wczesnodziecięcego krzywdzenia dziecka. *Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 15(3), 74-90.
- Zagórska, B. (2013). Znaczenie dotyku we wspomaganiu rozwoju dziecka oraz jego zastosowanie w wybranych rodzajach terapii. *Kultura i Wychowanie*, 5, 179-192.