

# Ukryta trauma – zaniedbywanie i emocjonalne krzywdzenie dzieci

Magdalena Czub

Psychologiczny Ośrodek Wsparcia i Edukacji – POWIE/dz

*Obecna wiedza psychologiczna jasno wskazuje, że doświadczenie przez dziecko zaniedbania i krzywdzenia emocjonalnego ma destrukcyjny wpływ na jego dalsze funkcjonowanie społeczno-emocjonalne. Skutki tego rodzaju krzywdzenia są równie poważne jak konsekwencje przemocy fizycznej czy seksualnej i są tym większe, im wcześniej ma ono miejsce w życiu dziecka. Niestety te rodzaje krzywdzenia często pozostają niezauważane przez otoczenie lub są jedynie powodem do krytyki, ale nie podjęcia interwencji i terapii. W artykule przedstawiono podstawowe informacje dotyczące problemu krzywdzenia emocjonalnego, jego przejawów i konsekwencji, a także szczegółowo opisano oznaki krzywdzenia emocjonalnego służące do rozpoznawanie tego zjawiska i podejmowania decyzji o interwencji. Coraz szerzej prowadzone w tym obszarze badania wskazują, że jednym z bardzo częstych następstw traumatycznych doświadczeń w obszarze relacji z innymi są – ciągle jeszcze rzadko rozpoznawane i opisywane – zaburzenia dysocjacyjne. Dlatego też szczególny nacisk położono w artykule na przybliżenie tego zjawiska – definicję, opis rodzajów dysocjacji oraz objawów w zachowaniu dziecka świadczących o jej występowaniu.*

## SŁOWA KLUCZOWE:

ZANIEDBANIE, KRZYWDZENIE EMOCJONALNE, DYSOCJACJA, DEPERSONALIZACJA, DEREALIZACJA

...kontakty społeczne tworzą najbardziej istotny kontekst dla ćwiczenia umiejętności radzenia sobie z emocjami, a efektywność tych umiejętności zależy w znaczący sposób od reakcji partnerów społecznych i wyzwań środowiska społecznego...

(Thompson, 1994, s. 41)

Problem zaniedbywania i emocjonalnego krzywdzenia dzieci często pozostaje niezauważany i pomijany społecznie w kontekście zarówno interwencji w rodzinę, jak i podejmowania oddziaływań terapeutycznych wobec dzieci. Obecnie nikt nie ma już wątpliwości, że otwarta fizyczna agresja wobec dziecka lub krzywdzenie seksualne wymagają interwencji i podjęcia działań chroniących małoletniego. Niedostateczna lub nieodpowiednia opieka nad dzieckiem (np. niezapewnienie odpowiedniego żywienia, kontaktu z dorosłym lub nadzoru) czy też krzywdzący sposób kontaktowania się (np. obrażanie, zawstydzanie) często jednak pozostają niezauważane przez otoczenie lub są jedynie powodem do krytyki, ale nie do podjęcia interwencji. Rodziny zastępcze i adopcyjne borykają się z ogromnymi trudnościami w wychowaniu dzieci, które pierwsze lata życia spędziły w osamotnieniu lub we wrogim środowisku. Opiekunowie zastępczy są informowani, że dzieci nie doświadczały przemocy, tzn. nie były bite, a „jedynie zaniedbywane”. Stąd też niezrozumienie przyczyn poważnych problemów emocjonalnych przejawianych przez takie dzieci i często zbyt późno podejmowane oddziaływania terapeutyczne.

Praktyka pokazuje, że ciągle zbyt mało wiemy i mówimy o głębokich, ukrytych urazach wynikających z „niewidzialnego krzywdzenia”, które wyciskają szczególnie dotkliwie piętno na psychice człowieka oraz często niweczą wszelkie próby powrotu do równowagi w późniejszym życiu. Dodatkowy problem stanowi to, że wciąż jeszcze niektóre zachowania dorosłych wobec dzieci (np. zawstydzanie, zastraszanie czy grożenie odrzuceniem) – choć uznane przez specjalistów jako krzywdzące – są zgodne z przekazami i zwyczajami kulturowymi dotyczącymi wychowania, które dają przyzwolenie na tego typu krzywdzenie emocjonalne.

Obecna wiedza psychologiczna jasno wskazuje, że doświadczenie przez dziecko zaniedbania i krzywdzenia emocjonalnego (występującego samodzielnie lub w połączeniu z innymi formami przemocy) destrukcyjnie wpływa na jego dalsze funkcjonowanie społeczno-emocjonalne. Skutki tego rodzaju krzywdzenia są równie poważne jak konsekwencje przemocy fizycznej czy seksualnej i tym większe, im wcześniej ma ono miejsce w życiu dziecka (por. Prior, Glaser, 2006; Yates, 2007). Nieliczne badania prowadzone na polskim gruncie również dostarczają danych, z których wynika, że ta forma krzywdzenia jest odbierana przez dzieci jako najdotkliwsza (Grochocińska, 1999; za: Iwaniec, Szmagałski, 2002). Chociaż krzywdzenie dzieci przez zaniedbywanie lub złe traktowanie emocjonalne jest co najmniej tak częste jak inne formy krzywdzenia, to jego wykrywalność, zakres interwencji i stopień udzielanej dzieciom pomocy są bardzo niskie. Krzywdzenie emocjonalne stwierdza się najczęściej jedynie jako towarzyszące innym formom krzywdzenia i nie traktuje się go jako osobnego powodu do interwencji. Z badań wynika, że zgłoszenia do interwencji

w sprawie krzywdzenia emocjonalnego są rzadkością (Iwaniec, Szmagałski, 2002). Praktyka społeczna i psychologiczna wskazuje, że jedną z podstawowych przyczyn takiego stanu rzeczy jest znikomy stopień świadomości społecznej dotyczącej tego problemu, a często także brak zdolności do zauważenia zachowań tak częstych, że umykających postrzeganiu (np. krzyczenie na dzieci, obrażanie czy zawstydzanie). Wydaje się, że nawet wśród profesjonalistów (nauczycieli, pedagogów, psychologów, pracowników policji czy sądownictwa) brakuje rzetelnej wiedzy na ten temat, a także – i być może głównie – odwagi w opisywaniu szkodliwych i raniących oddziaływań opiekunów jako krzywdzenia, co mogłoby stanowić bazę odpowiedniej interwencji – pomocy dziecku i rodzinie.

Podejmując temat zwiększania świadomości dotyczącej omawianego problemu, konieczne jest wprowadzenie wiedzy dotyczącej zdefiniowania krzywdzenia emocjonalnego i zaniedbania oraz określenie wskaźników, które stanowiłyby podstawę podejmowania działań specjalistycznych, a także wiedzy dotyczącej głębszych, społeczno-emocjonalnych konsekwencji takich doświadczeń dla funkcjonowania dziecka. W niniejszym artykule przedstawiono podstawowe informacje dotyczące problemu krzywdzenia emocjonalnego, jego przejawów i konsekwencji. Szczególny nacisk położono na przybliżenie jednego z możliwych efektów krzywdzenia, jakim są zaburzenia dysocjacyjne, które – choć bardzo często występujące – są zbyt rzadko opisywane i rozpoznawane.

Jednym z problemów utrudniających podejmowanie interwencji i planowanie pomocy jest trudność w jasnym oraz konkretnym zdefiniowaniu zjawiska emocjonalnego krzywdzenia dzieci. W piśmiennictwie można znaleźć różne podejścia do tego problemu i różne jego definicje (Iwaniec, Szmagałski, 2002). Glaser jest badaczką specjalizującą się w problematyce teorii przywiązania i wpływu wczesnych doświadczeń na rozwój człowieka, która poświęciła wiele czasu i zaangażowania w stworzenie jasnych oraz możliwych do zastosowania przez różnych specjalistów wskaźników krzywdzenia emocjonalnego. Wydaje się, że obecnie właśnie ona proponuje najpełniejsze wyjaśnienie istoty i przejawów krzywdzenia emocjonalnego (Glaser, 2002, 2011), ponieważ opisuje je w kategoriach jakości relacji między opiekunem a dzieckiem, a nie tylko przez wskazywanie pojedynczych zachowań. Krzywdzenie emocjonalne w tym ujęciu przejawia się poprzez zarówno aktywne działanie (np. obrażanie dziecka czy komunikowanie mu, że jest bezwartościowe), jak i zaniechanie odpowiednich działań (np. niechronienie przed niebezpieczeństwami). Bardzo ważnym elementem tej definicji jest wskazanie, że za krzywdzenie emocjonalne uznaje się trwałe, szkodliwe interakcje rodzic–dziecko, a nie pojedyncze czy sporadyczne zachowania. Incydentalnego okazania złości wobec dziecka

czy skierowania do niego obraźliwych słów nie można uznać za krzywdzenie (choć może być ono powodem zwrócenia uwagi czy zachęcenia do refleksji). Tego typu zachowania uznajemy za krzywdzenie wówczas, gdy można powiedzieć, że są stylem kontaktowania się z dzieckiem i stale charakteryzują relację dorosłego z dzieckiem.

Glaser wyróżnia pięć podstawowych kategorii krzywdzenia emocjonalnego i podaje opisy zachowań dorosłego, które mogą stanowić dowód występowania tego typu krzywdzenia (tab. 1).

**Tabela 1**

*Kategorie krzywdzenia emocjonalnego*

| Kategoria   | Opis/formy   |
|---|--|
| Emocjonalna niedostępność, brak wrażliwości i emocjonalne zaniedbywanie dziecka przez opiekunów | <ul style="list-style-type: none"> <li>- brak lub bardzo niski poziom zaangażowania emocjonalnego opiekuna w relację z dzieckiem</li> <li>- relacja charakteryzuje się powierzchownością kontaktu oraz brakiem wrażliwości w postrzeganiu dziecka i reagowaniu na jego sygnały</li> <li>- brak reakcji lub słaba reakcja rodzica na próby nawiązania kontaktu przez dziecko</li> </ul>   |
| Przypisywanie dziecku negatywnych cech  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- niesprawiedliwe oskarżanie, obwinianie</li> <li>- dziecko jest postrzegane przez opiekuna w negatywnym świetle, przypisuje mu on złe cechy i w związku z tym oczernia, upokarża, obwinia, krytykuje czy poniża</li> <li>- dziecko staje się kozłem ofiarnym</li> </ul>  |
| Niedostosowane do poziomu rozwoju dziecka działania opiekuna                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- stawianie dziecku wymagań i nakładanie nań obowiązków wykraczających poza jego aktualne możliwości oraz karanie go, gdy nie spełnia oczekiwań</li> <li>- nadmierne chronienie dziecka i nadopiekuńczość - np. rodzic blokuje jego spontaniczną eksplorację czy kontakty społeczne</li> <li>- narażanie dziecka na bycie świadkiem traumatycznych zdarzeń</li> </ul>   |
| Przekraczanie psychologicznych granic dziecka, pogwałcenie jego indywidualności i odrębności    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- rodzic rozmywa granice w systemie rodzinnym i zamienia role (często wynika to z nieumiejętności rozpoznania potrzeb dziecka lub wykorzystywania go do zaspokajania własnych pragnień i życzeń - np. dziecko jest zmuszane do spełniania ambicji rodziców, wykorzystywane jako partner w relacji lub stawiane w roli opiekuna dla dorosłego)</li> <li>- realizowanie przez rodzica pragnienia sprawowania szczególnej opieki nad dzieckiem i w związku z tym postrzeganie go jako chorego, nie dość sprawnego fizycznie, umysłowo czy społecznie (może przybierać formy indukowania lub prowokowania choroby)</li> </ul> |
| Zaniechanie/brak wspierania adaptacji społecznej dziecka  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- działania przyczyniające się do demoralizacji dziecka (przyzwolenie lub wręcz zachęcanie do zachowań aspołecznych)</li> <li>- pozbawianie dziecka szansy na budowanie kontaktów rówieśniczych</li> <li>- pozbawianie odpowiedniej stymulacji poznawczej</li> </ul>  |

Źródło: opracowanie własne na podstawie materiałów konferencyjnych (2005)

Glaser (2011) przedstawiła także wyczerpujący opis kategorii krzywdzenia emocjonalnego i rozważania definicyjne. W oparciu o tę konceptualizację w latach 2011–2013 realizowano międzynarodowy projekt „Taki mały a VIP – tworzenie systemu ochrony dzieci w wieku do lat 5 przed krzywdzeniem i zaniedbywaniem”. W jego ramach we współpracy z Glaser opracowano formularze dla specjalistów, które mają ułatwiać rozpoznawanie krzywdzenia emocjonalnego w rodzinie. Formularze skupiają się na dokładnym rozpoznaniu sytuacji emocjonalnej dziecka i jego relacji

z opiekunami. Zespół projektu położył szczególny nacisk na opisanie konkretnych zachowań dorosłego i cech relacji rodzic–dziecko, aby umożliwić specjalistom kontaktującym się z rodziną jak najwnikliwszą ocenę sytuacji dziecka.

W tabeli 2 przedstawiono – wynikające z koncepcji Glaser – cechy relacji rodzic–dziecko, które mogą wskazywać na obecność krzywdzenia emocjonalnego. Mogą być one wykorzystywane jako czynniki wskazujące na możliwość występowania krzywdzenia, a ich obecność powinna skłaniać specjalistę do podjęcia dalszych, wnikliwych kroków diagnostycznych. Tabela 2 może być pomocna w prowadzeniu podstawowej, wstępnej obserwacji i porządkowaniu informacji dotyczących relacji rodzic–dziecko oraz zidentyfikowaniu obszarów, w których konieczna jest pomoc dziecku i rodzinie. O typie pomocy lub interwencji powinna decydować dalsza, pogłębiona diagnoza sytuacji rodzinnej.

**Tabela 2**

*Wskaźniki krzywdzenia emocjonalnego w relacji rodzic–dziecko*

| Lp. | Wskaźniki obserwowane w relacji rodzic–dziecko   | Tak/nie |
|-----|--|---------|
| 1.  | <p>Emocjonalna niedostępność, brak wrażliwości i zaniedbywanie dziecka przez rodziców.</p> <p>a. Emocjonalna niedostępność rodzica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Rodzic jest zwykle tak zaabsorbowany własnymi myślami i zajęciami, że nie poświęca dziecku uwagi (np. nie docierają do niego nawoływania i płacz dziecka).</li> <li>– Rodzic jest pochłonięty własnymi problemami (np. trudnościami w pracy, chorobą, uzależnieniem).</li> <li>– Rodzic nie zachowuje się spontanicznie wobec dziecka (np. nie bawi się z nim z zaangażowaniem, traktuje opiekę jako „ciężki obowiązek”).</li> <li>– Rodzic często odczuwa złość, niechęć lub inne negatywne emocje w stosunku do dziecka (np. narzeka, że dziecko przeszkadza w życiu, ograniczając swobodę).</li> <li>– Dziecko nie domaga się kontaktu z rodzicem: nie wyciąga do niego rąk, nie wchodzi na kolana, nie przytula się.</li> <li>– Dziecko najczęściej wybiera samotne zabawy.</li> </ul> <p>b. Emocjonalna nieresponsywność rodzica (nieprawidłowe reagowanie na potrzeby emocjonalne dziecka)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Rodzic ignoruje sygnały dziecka (np. nie podchodzi do łóżeczka mimo głośnego płaczu dziecka).</li> <li>– Rodzic reaguje z dużym opóźnieniem na sygnały dziecka (np. podchodzi do dziecka dopiero wtedy, kiedy spazmatycznie, długo płacze).</li> <li>– Rodzic nie potrafi zrozumieć sygnałów dziecka (np. zachęty dziecka do kontaktu uważa za przejawy zmęczenia i na siłę próbuje uspić dziecko lub próbuje je rozbawić, kiedy jest zmęczone).</li> <li>– Rodzic nie przyjmuje perspektywy dziecka (np. nie dostosowuje rytmu dnia do potrzeb dziecka, kieruje się tylko swoim zdaniem, „wie lepiej, co jest dobre dla dziecka”).</li> <li>– Rodzic zachowuje się nieprzewidywalnie dla dziecka, raz jest opiekuńczy i troskliwy, a raz wrogi lub ignorujący.</li> <li>– Rodzic unika bliskości z dzieckiem (np. nagminnie odwraca uwagę dziecka od siebie, nie utrzymuje kontaktu wzrokowego, trzyma dziecko z dala od ciała, siada daleko od dziecka, odwraca się od dziecka, które chce się przytulić).</li> <li>– Dziecko nie potrafi komunikować swoich potrzeb (nie wskazuje dorosłemu na przedmiot, który chce dostać, nie prowadzi dorosłego za rękę aby pokazać, o co chodzi, nie mówi dorosłemu o tym, czego pragnie: np. „mama jeść”, „daj”).</li> </ul> <p>c. Rodzic zostawia dziecko pod opieką różnych osób</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Rodzic najczęściej oddaje dziecko pod opiekę komuś innemu (np. dzieckiem opiekują się różne, zmieniające się i obce osoby – sąsiedzi, znajomi, lub większość dnia dziecko spędza w żłobku).</li> </ul> <p>d. Inne</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Rodzic ma bardzo mało do powiedzenia o swoim dziecku (jego upodobaniach, rytmie dnia, trudnościach).</li> <li>– Rodzic całymi godzinami zostawia dziecko przed TV, komputerem, w kojcu czy osobnym pokoju.</li> <li>– Inne – jakie?</li> </ul> |         |

| Lp. | Wskaźniki obserwowane w relacji rodzic-dziecko   | Tak/nie |
|-----|--|---------|
| 2.  | <p>Przypisywanie dziecku cech negatywnych (niesprawiedliwe oskarżanie go, obwinianie) / negatywne atrybucje</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rodzic wielokrotnie krytykuje dziecko (np. „Oj, jesteś bardzo niegrzeczny.” „Tak jesz, że wszystko dookola jest uświnione!” „Coś ci nie wyszedł ten rysunek, malarzem to ty nie będziesz.”)</li> <li>- Rodzic oskarża, obwinia dziecko (np. „Przez ciebie muszę ciągle sprzątać / nie wyspałam się w nocy / znowu musimy iść do lekarza / wydałam tyle pieniędzy w aptece!”)</li> <li>- Rodzic opisuje dziecko jako mające „złe geny” bądź negatywne cechy nielubianej, nieakceptowanej osoby np. „On ma taki sam nieszczery uśmiech jak moja teściowa.” „Jest uparty i złośliwy jak cała rodzina męża.”</li> <li>- Rodzic upokarza i poniża dziecko (np. „To trzeba naprawdę być głupkiem, żeby się tak zachowywać.” „Jak się tak zesrałeś, to niech wszyscy teraz widzą, jakim jesteś śmierdzielem.”)</li> </ul>  |         |
| 3.  | <p>Niedostosowane do poziomu dziecka działania rodzica</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Niespójne lub niewłaściwe sposoby dyscyplinowania i wyznaczania granic <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dziecko bawi się bez nadzoru.</li> <li>- Dziecko ma łatwy dostęp do niebezpiecznych przedmiotów, np. papierosów, noży itp.</li> </ul> </li> <li>b. Stawianie wymagań wykraczających poza aktualne możliwości dziecka lub obarczanie go takimi obowiązkami <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rodzic oczekuje od małego dziecka nieadekwatnego do jego wieku poziomu zdolności do samoregulacji (np. od niemowlęcia wymaga, by było zdolne do samodzielnego uspokojenia się w chwilach skrajnego, przedłużającego się dystresu).</li> <li>- Rodzic oczekuje od dziecka samodzielności w wykonywaniu czynności przekraczających jego możliwości (np. spodziewa się, że roczne dziecko samodzielnie i bez „wypadków” zje posiłek łyżką, mimo że nie miało okazji do stopniowego opanowania tej umiejętności).</li> </ul> </li> <li>c. Stawianie dziecku wymagań poniżej jego możliwości, nadopiekuńczość <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rodzic usiłuje kierować zachowaniem dziecka, nie pozwala mu próbować, popełniać błędów (np. buduje za dziecko wieżę z klocków).</li> <li>- Rodzic nie pozwala dziecku próbować nowych czynności; zabiera dziecku przedmioty, którymi ono chciałoby się bawić (a nie są niebezpieczne), bojąc się, że dziecko się skałeczy lub nabrudzi.</li> <li>- Rodzic wyręcza dziecko w czynnościach, które ono potrafi już wykonać samodzielnie (np. jedzenie, ubieranie się).</li> </ul> </li> <li>d. Inne przejawy nieprawidłowych zachowań rodzica</li> </ol>  |         |
| 4.  | <p>Przekraczanie psychologicznych granic dziecka, pogwałcenie jego indywidualności i odrębności</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Wykorzystywanie dziecka dla zaspokojenia potrzeb psychicznych rodzica <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rodzic według własnego uznania nakłania dziecko tylko do pewnego typu zabaw, pozwala dziecku nosić tylko określone ubrania. Nie ma to uzasadnienia zdrowotnego. Wybór podyktowany jest tylko tym, że rodzic tak chce.</li> <li>- Rodzic angażuje dziecko we własne problemy, domaga się wsparcia emocjonalnego bądź pomocy w realizacji własnych celów, zwraca się do dziecka z własnymi trudnościami.</li> <li>- Rodzic chwali dziecko, gdy podejmuje tylko określone wybrane przez niego działania.</li> <li>- Dziecko nie śpi samodzielnie – wiek?</li> </ul> </li> <li>b. Wykorzystywanie dziecka w konflikcie z inną osobą. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rodzic nie pozwala drugiemu z rodziców kontaktować się dzieckiem po rozstaniu jako sposób na ukaranie partnera (przy braku krzywdzenia dziecka przez drugiego rodzica).</li> <li>- Rodzic mówi dziecku negatywne rzeczy na temat innych bliskich osób.</li> </ul> </li> <li>c. Odczuwanie potrzeby, by dziecko było traktowane jako chore, m.in. poprzez symulowanie lub indukowanie choroby dziecka <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rodzic uczęszcza z dzieckiem do wielu lekarzy i większości przypadków okazuje się, że dziecku nie dzieje się nic złego z medycznego punktu widzenia.</li> <li>- Rodzic mówi o dziecku, że jest bardzo słabe i chorowite, trzeba na nie niezwykle uważać i z tego powodu nie może wykonywać sam codziennych czynności ani podejmować zabaw czy kontaktów z rówieśnikami.</li> </ul> </li> <li>d. Niezdolność do odróżnienia pomiędzy rzeczywistością dotyczącą dziecka, a własnymi przekonaniami i pragnieniami. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rodzic uważa, że wie najlepiej czego chce dziecko, nie zastanawia się i nie waha, nawet gdy sygnały są dwuznaczne.</li> <li>- Rodzic nie słucha tego, co mówi dziecko i postępuje według własnych przekonań.</li> <li>- Rodzic mówiąc o dziecku wielokrotnie podkreśla że dziecko jest bardzo do niego podobne i w przyszłości będzie takie jak on.</li> </ul> </li> </ol> |         |
| 5.  | <p>Zaniechanie lub brak wspierania adaptacji społecznej dziecka</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rodzina dziecka izoluje się od środowiska (innych ludzi, instytucji).</li> <li>- Częste przeprowadzki, pobyty dziecka w szpitalu.</li> <li>- Rodzice mają negatywny stosunek do przedstawicieli władzy i instytucji pomocowych.</li> <li>- Dziecko uczestniczy w sytuacjach nadużywania alkoholu przez dorosłych.</li> <li>- W obecności dziecka odbywają się awantury i dochodzi do przemocy między dorosłymi.</li> <li>- W obecności dziecka dorośli współżyją seksualnie.</li> <li>- Czy rodzic uważa, że dziecko ma takie same doświadczenia jak inne dzieci w tym wieku? (Jeśli nie, to jakie?)</li> </ul>   |         |

Źródło: Czub, Krzywicka-Filuš, Stawicka, Polaszewska-Nicke, Kobytecka (2012).

Należy jeszcze raz podkreślić, że aby mówić o krzywdzeniu emocjonalnym, jeden (bądź kilka) z powyższych sposobów odnoszenia się do dziecka musi być stałym, typowym i dominującym sposobem traktowania dziecka przez dorosłego.

Przytaczane formularze zawierają również część poświęconą zbieraniu informacji na temat stanu dziecka – jego funkcjonowania społeczno-emocjonalnego oraz fizycznego. Przyjrzenie się rodzinie i dziecku pod kątem opisanych w obu tabelach wskaźników pozwala podjąć decyzję o dalszych krokach diagnostycznych oraz wskazuje na najważniejsze obszary interwencji zarówno w odniesieniu do relacji dziecka z rodzicem, jak i wobec samego dziecka.

### Tabela 3

#### Wskaźniki trudności w funkcjonowaniu dziecka

| Lp. | Funkcjonowanie psychofizyczne dziecka  | Tak / nie |
|-----|--|-----------|
| 1.  | <p>Emocjonalno-behavioralne zakłócenia/symptomy</p> <p>a. smutek/depresja<br/>– dziecko przeważnie jest smutne, przygnębione, niezadowolone, wydaje się obojętne na zdarzenia wokół niego, nieobecne, apatyczne – np. nie protestuje nawet wtedy, gdy ewidentnie dozna frustracji w zakresie realizacji którejś ze swych potrzeb, nie przejawia radości w sytuacjach, które zazwyczaj są dla dzieci przyjemne;</p> <p>b. niska samoocena<br/>– dziecko często wydaje się zawstyżone lub wycofane, odmawia wykonywania zadań, które mogą być dla niego trudne, bądź szybko rezygnuje, gdy doświadczy porażki;</p> <p>c. lęk/napięcie/strach<br/>– dziecko jest załężnione, czujne;<br/>– reaguje strachem na neutralne bodźce, wydaje się być zastraszone;</p> <p>d. wycofanie<br/>– dziecko wydaje się bierne, nie przejawia inicjatywy w zabawie lub w kontaktach z innymi, unika kontaktu z osobami słabo znanymi bądź nieznanymi, nie dopomina się niczego, nie sygnalizuje swoich potrzeb lub sygnalizuje je słabo, schodzi z drogi rodzicowi, długo bawi się samodzielnie;</p> <p>e. dystres/dezorientacja/dezorganizacja<br/>– dziecko ma trudności z koncentracją uwagi, wydaje się zdezorientowane, popada w stan rozdrażnienia lub skrajnego zdenerwowania, dużo płacze;<br/>– dziecko przejawia dziwaczne/niezrozumiałe – świadczące o dezorientacji – zachowania (sprzeczne lub urwane ruchy, dziwaczne gesty, wpatrywanie się w jeden punkt, zastyganie);</p> <p>f. zespół stresu pourazowego (PTSD)<br/>– dziecko niekiedy przejawia bardzo nagłe, gwałtowne reakcje przestraszenia, niezwiązane z sytuacją i nieadekwatne do niej, wydaje się spięte, niespokojne, czujne – jakby spodziewało się czegoś nieprzyjemnego, zdarza się, że trudno nawiązać z nim kontakt – jest zamyślane, nieobecne, „wyląca się”;</p> <p>g. autodestruktywność<br/>– dziecko przejawia zachowania autodestruktywne (bezpośrednie i pośrednie), wydaje się obojętne na sytuacje zagrażające lub na przykre czy bolesne doznania, a nawet samo je prowokuje;</p> <p>h. inny nieprawidłowy stan emocjonalny<br/>– dziecko wydaje się wesołe i rozbawione nieadekwatnie do sytuacji;</p> <p>i. złość, bunt, zachowania agresywne, opozycyjno-buntownicze, zaburzenia zachowania<br/>– dziecko zachowuje się agresywnie w stosunku do innych osób (np. uderza innych, kopie, gryzie, szarpie itp.) lub przedmiotów (np. rzuca nimi, niszczy je w złości);<br/>– dziecko często buntuje się, nie wykonuje prośb/poleceń rodzica/opiekuna;<br/>– dziecko często wpada w złość, krzyczy, płacze, bez widocznego powodu lub pod wpływem drobnych trudności;</p> <p>j. niepokój, nadmierna ruchliwość<br/>– dziecko jest niespokojne, bardzo ruchliwe, trudno mu pozostać w miejscu dłużej niż kilka minut, biega po pokoju, skacze, wspina się na meble itp., niezdolność do koncentracji uwagi;<br/>– dziecko nie potrafi skupić uwagi np. na zabawie, rysowaniu, wykonywanej czynności;</p> <p>k. zachowanie i poczucie odpowiedzialności nieadekwatne do wieku<br/>– dziecko podejmuje się zbyt odpowiedzialnych zadań, zajmuje się młodszym rodzeństwem, pracami domowymi nieadekwatnymi do jego wieku, troszczy się o stan emocjonalny rodzica (np. pociesza go), martwi się sprawami bytowymi rodziny, opiekuje się chorym/funkcjonującym w zaburzony sposób rodzicem (np. uzależnionym, depresyjnym);</p> <p>l. inne zachowania dziecka, które budzą niepokój (proszę opisać)</p> |           |



| Lp. | Funkcjonowanie psychofizyczne dziecka   | Tak / nie |
|-----|---|-----------|
| 2.  | <p>Osiągnięcia rozwojowe/edukacyjne</p> <p>a. opóźnienia w rozwoju poczucia własnej tożsamości i autonomii<br/>– dziecko przejawia opóźnienia w zakresie samodzielności, samoobsługi, inicjatywy, podejmowania decyzji – wykazuje nadmierną zależność od rodzica;</p> <p>b. opóźnienia w rozwoju<br/>– motorycznym – dziecko przejawia opóźnienie ruchowe (motoryka mała lub duża) – np. w wieku 2 mies. nie podnosi głowy w pozycji na brzuchu;<br/>– językowym – dziecko przejawia opóźnienie w rozwoju mowy (ekspresyjnej i receptywnej) – np. nie mówi / nie komunikuje się adekwatnie do wieku, nie rozumie kierowanych do niego słów – np. nie lokalizuje dźwięku mowy w wieku 2 mies;<br/>– emocjonalnym – dziecko przejawia nieadekwatne do wieku reakcje emocjonalne – pkt wyżej – stan emocjonalno-behawioralny;<br/>– poznawczym (intelektualnym) – dziecko nie potrafi zrozumieć i wykonać odpowiednich do wieku zadań – np. w wieku 2 mies. nie wodzi wzrokiem za obiektem;<br/>– społecznym – dziecko (patrz punkt interakcji społecznych) – w wieku 2 mies. nie uśmiecha się do opiekuna;</p> <p>c. niski poziom osiągnięć przedszkolnych<br/>– czy dziecko uczęszcza do przedszkola?<br/>– dziecko wykazuje opóźnienie w zakresie adekwatnych do wieku kompetencji w sferze: samoobsługi, umiejętności grafo- lub psychomotorycznych – np. w ocenie nauczyciela przedszkolnego;</p> <p>d. inne nieprawidłowe osiągnięcia rozwojowe (proszę opisać)</p>  |           |
| 3.  | <p>Interakcje społeczne – relacje z rówieśnikami i dorosłymi (pozarodzinne / inne niż z podstawowymi opiekunami)</p> <p>a. wycofanie, izolacja, osamotnienie w relacji z rówieśnikami<br/>– dziecko wybiera samotne zabawy, ma trudności w nawiązywaniu kontaktów z innymi dziećmi (np. w przedszkolu);</p> <p>b. agresja w relacji z rówieśnikami<br/>– dziecko w kontakcie z innymi dziećmi bije je, odpycha, pluje, kopie – jest to przeważający (dominujący) sposób wchodzenia w kontakt z innymi dziećmi;</p> <p>c. inne przejawy nieprawidłowych relacji z rówieśnikami<br/>– dziecko jest dominujące w relacji z innymi dziećmi, zarządza innymi, próbuje je sobie podporządkować;<br/>– dziecko nagminnie oszukuje, doświadcza skrajnej frustracji gdy przegrywa;<br/>– dziecko boi się innych dzieci;</p> <p>d. trudności we wzajemnych interakcjach społecznych<br/>– dziecko przejawia trudności w respektowaniu podstawowych reguł społ. – np. naprzemienności, wzajemności, współpracy (stosownie do wieku);<br/>– dziecko przejawia zakłócenia w obszarze empatii – np. śmieje się na widok czyjejs krzywdy;</p> <p>e. nadmierne lgnięcie do dorosłych / lepkość w kontakcie z dorosłymi<br/>– dziecko lgnie do nieznanymi osob dorosłych, domaga się bliskiego kontaktu fizycznego z nimi;</p> <p>f. silny lęk/strach/wstyd przed innymi dorosłymi<br/>– dziecko przejawia strach/lęk przed dorosłymi (np. mężczyznami), wstydzi się w obecności dorosłych, jest bardzo nieśmiały;</p> <p>g. wrogość/agresja w stosunku do innych dorosłych<br/>– dziecko okazuje wrogość i agresję (werbalną, fizyczną) w stosunku do dorosłych;</p> <p>h. inne zakłócenia relacji z dorosłymi<br/>– dziecko oszukuje, kłamie;</p> <p>i. inne obszary komunikacji</p> |           |
| 4.  | <p>Stan fizyczny</p> <p>a. spowolniony/opóźniony rozwój bez przyczyny chorobowej<br/>– dziecko jest niesprawne fizycznie w stosunku do wieku, nie ma odpowiednich warunków do rozwoju, takich jak kontakt z dorosłymi, zabawki, spacer;</p> <p>b. bóle i objawy bez przyczyny chorobowej<br/>– jeśli tak, to jakie?, jak wyjaśnia je rodzic?;</p> <p>c. trudności związane z jedzeniem<br/>– niedożywienie, niska waga, niski wzrost (jak dziecko jest karmione?, czy ma apetyt?, czy często wymiotuje?, czy jest apatyczne?);</p> <p>d. trudności związane ze snem<br/>– trudności z zasypianiem, budzi się w nocy, ma koszmary senne;</p> <p>e. moczenie się lub zanieczyszczanie bez przyczyny chorobowej, nieadekwatne do wieku<br/>– częstotliwość, w dzień, w nocy (co rodzic może powiedzieć na ten temat?);</p> <p>f. inne nieprawidłowości w obrębie stanu fizycznego (proszę opisać);</p>   |           |



## SZCZEGÓLNE KONSEKWENCJE KRZYWDZENIA

Wywodzące się z teorii przywiązania badania nad odpornością na zranienie wskazują, że wczesne doświadczenia w relacjach z głównymi opiekunami kształtują zdolność jednostki do regulacji emocji oraz obraz siebie i świata (Czub, 2003a, 2003b, 2009, 2015; Sroufe, Egeland, Carlson, Collins, 2005). Współczesna psychopatologia rozwojowa w poszukiwaniu etiologii różnorodnych zaburzeń (zarówno ekster-, jak i internalizacyjnych) odnosi się do teorii przywiązania, uznając, że nieprawidłowości lub zaburzenia w relacjach przywiazaniowych mają zasadnicze znaczenie w powstawaniu nieprawidłowości w procesie regulacji emocji, a co za tym idzie mogą stać się prekursorami psychopatologicznych ścieżek rozwoju (Sameroff, Lewis, Miller, 2000; Sroufe, 1995). Doświadczenia w relacjach z rodzicami lub opiekunami kładą więc podwaliny pod zdolności jednostki do radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i stresem oraz do powracania do równowagi emocjonalnej.

Mechanizmy regulacji i utrzymywania równowagi u dziecka od początku życia doświadczającego nieodpowiedniej opieki oraz krzywdzenia emocjonalnego są nieefektywne i każdy kolejny czynnik stresowy prowadzi do pogłębiającej się deregulacji. Dzieci krzywdzone borykają się z codziennymi trudnościami dotyczącymi nadmiernego pobudzenia i braku umiejętności uspokojenia się. Obserwacje opiekunów dzieci krzywdzonych emocjonalnie oraz coraz szerzej prowadzone w tym obszarze badania (Blizard, 2003; Gaudin, 1999; Liotti, 2004, 2009; West, Adam, Spreng, Rose, 2001; Simeon, Guralnik, Schmeidler, Knutelska, 2001) wskazują, że jednym z bardzo częstych następstw traumatycznych doświadczeń w obszarze relacji z innymi są – ciągle jeszcze rzadko rozpoznawane i opisywane – zaburzenia dysocjacyjne. Opiekunowie, wychowawcy, nauczyciele i terapeuci dzieci, które doświadczyły krzywdzenia oraz zaniedbywania, opisują dziwne, często nieadekwatne do sytuacji i niezrozumiałe ich zachowania – „nieobecność”, bujanie w obłokach, wpatrywanie się w przestrzeń, niezdolność do skupiania uwagi lub nagłe zmiany nastroju bez widocznej przyczyny czy też nieadekwatne i nietypowe dla danego dziecka zachowania, wybuchy złości czy nagły lęk. Czasem wręcz mówią o tym, że dziecko jest „dwoma osobami”. Te trudne do zinterpretowania zachowania tłumaczy zjawisko dysocjacji. Zaburzenia dysocjacyjne nie są jedynymi, z jakimi borykają się dzieci krzywdzone (por. tab. 3), są jednak częste (a rzadko opisywane) i trudne do zrozumienia dla opiekunów. Dlatego też warto zwrócić na nie szczególną uwagę.

## Dysocjacja

Dysocjacja jest biologicznie uwarunkowanym i aktywowanym na poziomie układu przywspółczulnego mechanizmem obronnym pojawiającym się w sytuacjach zbyt wysokiego, niemożliwego do zniesienia napięcia emocjonalnego (np. lęku, bólu lub braku bliskiego kontaktu z drugim człowiekiem). Jest to „przerwanie ciągłości prawidłowej integracji funkcji psychicznych, takich jak świadomość, pamięć, tożsamość, emocje, spostrzeganie, obraz ciała, kontrola motoryki i zachowanie” (Gałęcki i in., 2018, s. 355). Na przykład w momencie doświadczania krzywdzenia, kiedy dziecko nie ma możliwości podjęcia działań ochronnych, stan dysocjacji pozwala mu nie czuć zbyt trudnych emocji i w trakcie pełnej przemocy awantury między rodzicami może przestać odczuwać strach lub kiedy jest krytykowane i poniżane może przestać odczuwać wstyd („wyłącza” odczuwanie emocji), a kiedy jest bite przestaje odczuwać ból fizyczny („wyłącza” odbiór bodźców z ciała). W ten sposób organizm broni się przed doświadczeniami odczuwanymi jako zagrażające zdrowiu lub życiu. Niektóre części umysłowości i zachowań dziecka zostają oddzielone od jego świadomości (zdysocjowane), co umożliwia mu przetrwanie i nieodczuwanie bezpośrednich konsekwencji traumy (Putnam, 1997; Silberg, 2013; Wieland, 2015).

Dysocjacja jest zjawiskiem złożonym. Niektóre jej formy są normą i zdarzają się od czasu do czasu każdemu, a inne – są objawem zaburzeń. Dlatego ważne jest, aby umieć rozpoznać, z jakim rodzajem tego zjawiska mamy do czynienia.

Za normalną uważamy dysocjację, która nie zakłóca poczucia „całości siebie”, nie utrudnia emocjonalnego i społecznego rozwoju oraz nauki i nie powoduje utraty świadomości tego, co dzieje się wokół dziecka. Przykładem normalnej dysocjacji może być zaangażowanie w oglądanie filmu lub grę wideo, kiedy dziecko pochłonięte daną czynnością, nie zwraca uwagi na otoczenie. Podobnie jest w sytuacji, gdy dziecko marzy lub przebywa w wyobrażonym świecie ale – kiedy je zapytamy – zdaje sobie sprawę, co jest fantazją, a co rzeczywistością. Taki stan jest bardzo charakterystyczny dla dzieci przedszkolnych pochłoniętych zabawą „na niby” lub osób czytających książkę w zatłoczonym pociągu. Dopóki takie stany nie są uporczywe i nie zakłócają normalnego rozwoju oraz funkcjonowania, nie stanowią problemu.

Powodujące problemy formy dysocjacji pojawiają się wtedy, gdy dziecko musi poradzić sobie z przytłaczającymi lub przerażającymi zdarzeniami (np. żyjąc w zagrażającym czy zaniedbującym środowisku bądź będąc świadkiem lub ofiarą agresji). W takiej sytuacji świadomość „rozcłonkowuje się” i dziecko – oddzielając się od części myśli i uczuć – chroni się przed zagrażającym światem. Procesy te są nieuświadomiane i dziecko nie ma nad nimi kontroli. Kiedy się boi lub czuje się bezradne i nie

może uciec z sytuacji fizycznie, „ucieka” z niej mentalnie, blokując (dysocjując) dostęp przerażających zdarzeń do pamięci, odczuwanie bólu, strachu i złości, a także „złe” myśli o sobie oraz o tych, którzy je krzywdzą (Silberg, 2013; Wieland, 2015).

Dysocjacja, która jest adaptacyjną reakcją na nienormalną, zagrażającą sytuację i jest pomocna, gdy dziecko nie może uniknąć przerażającej lub bolesnej rzeczywistości, może stać się wzorem reagowania uruchamiającym się w sytuacjach, gdy nie jest już potrzebna. Podobnie jak w objawach stresu pourazowego, bodźce skojarzone z wcześniejszymi sytuacjami krzywdzenia (bodźce spustowe) mogą wywoływać stany dysocjacyjne, mimo że w rzeczywistości nie wystąpiło zagrożenie. Taki utrwalony wzorzec reagowania staje się przyczyną zaburzeń zachowania dziecka w domu, szkole i relacjach społecznych.

## **Rodzaje dysocjacji**

Podobnie jak w przypadku innych zaburzeń, w zależności od siły doświadczeń oraz czynników indywidualnych i środowiskowych, problematyczną dysocjację możemy analizować na kontinuum – od łagodnej przez średnią do poważnej.

Zarówno rodzice, jak i nauczyciele często obserwują dzieci, które sprawiają wrażenie, jakby „bujały w obłokach”, nie słysząc tego, co się do nich mówi, a wyrwane z tego stanu zdają się być zdezorientowane. Takie chwilowe wpadanie w stan transu lub „wyłączenia się” określa się jako dysocjację łagodną. Dzieje się tak wówczas, gdy dziecko nieświadomie reaguje na bodźce spustowe traumy (bodźce podobne do tych, które występowały podczas traumatycznego zdarzenia, np. przykry komentarz, niespodziewany dotyk lub głośny dźwięk) i „wyłącza się” lub „odcina od rzeczywistości”. Bodźcem wywołującym odcięcie się od rzeczywistości może być również bodziec wewnętrzny, np. stan pobudzenia podczas sprawdzianu w szkole lub odrabiania lekcji. Dziecko w tym momencie nie jest w stanie słyszeć dorosłego lub uczestniczyć w tym, co dzieje się wokół niego. Po krótkim czasie ponownie jednak angażuje się w normalne aktywności, takie jak np. uczestniczenie w lekcji, rozmowa z dorosłym czy zabawa z rówieśnikami (Maldonado, Butler, Spiegel, 2002).

Średnia dysocjacja występuje wówczas, gdy dziecko traci na dłuższy czas orientację w otoczeniu i nie wie, co się dzieje wokół niego, lub gdy w pewnych sytuacjach traci czucie swojego ciała. Najczęstszą przyczyną takiego stanu rzeczy jest wcześniejsze doświadczenie zdarzeń zagrażających zdrowiu lub życiu i „włączanie się” mechanizmu radzenia sobie z bólem lub strachem w innych sytuacjach lub wtedy, gdy wystąpią czynniki przypominające traumatyczne zdarzenia. Dziecko w reakcji na ból fizyczny (np. bicie, zabiegi medyczne) lub emocjonalny (przerażenie, upokorzenie)

może rozwinąć „zdolność do nieczucia” swojego ciała. Jest to dysocjacja o charakterze depersonalizacji – doświadczania nierealności siebie lub oddzielenia od swego umysłu i ciała (Gałęcki i in., 2018). Badania wskazują, że trauma relacyjna stanowi silny predyktor dysocjacyjnych zaburzeń o charakterze depersonalizacji, a najsilniejszym predyktorem takich zaburzeń jest krzywdzenie emocjonalne (Maldonado i in., 2002; Simeon i in., 2001). Depersonalizacja może powodować zablokowanie odbierania nie tylko bodźców bólowych, ale także (poprzez mechanizm generalizacji) impulsów z innych zmysłów, takich jak słuch, smak czy dotyk. Taki obraz funkcjonowania dzieci przedstawiają często rodzice adopcyjni lub zastępczy, opisując sytuacje, w których dziecko upada, rani się, krwawi lub nawet ma złamaną rękę, ale nie odczuwa spodziewanego w takim przypadku bólu i bawi się dalej. Opiekunowie dzieci krzywdzonych opisują również angażowanie się dzieci w niebezpieczne, prowadzące do uszkodzeń ciała aktywności lub celowe ranienie się (cięcie, drapanie). Wiele z tych zachowań jest konsekwencją depersonalizacji.

Inne formy średniej dysocjacji występują, gdy dziecko musi umysłowo odseparować się od otoczenia, aby uniknąć strasznych przeżyć. Wykształca wówczas zdolność do „nieuczestniczenia” w rzeczywistości (bycia nieświadomym tego, co się dzieje). Jest to derealizacja, czyli doświadczanie otoczenia jako nierealnego, poczucie oddzielenia od otaczającej rzeczywistości (Gałęcki i in., 2018; Steinberg, Steinberg, 1995). Osoba taka odczuwa to, co się dzieje wokół niej jako nierealne lub nieprawdziwe. Zdarza się to zarówno podczas rzeczywiste zagrażających okoliczności, jak i wtedy, kiedy dzieje się coś przypominającego pierwotną sytuację zagrożenia. Na przykład dziecko, widząc kogoś (znanego lub nie) podobnego do osoby, która je krzywdziła, nagle „przestaje być w sytuacji” i czuje, że jest daleko stąd lub widzi tę osobę, jakby była w znacznie większej odległości niż jest rzeczywistość. Dziecko przypadkowo dotknięte na korytarzu może nagle zacząć widzieć miejsce, w którym było krzywdzone, i nie zdawać sobie sprawy, że tak naprawdę jest w domu czy szkole. A dziecko, które doświadcza dysocjacji na skutek działania bodźca spustowego, może wpadać na meble, potykać się i sprawiać wrażenie niezdarne, ponieważ nie czuje swojego ciała i otoczenia.

Najpoważniejsza forma dysocjacji (dysocjacyjne zaburzenie tożsamości) występuje wówczas, gdy jednostka w obliczu przerażających wydarzeń musi całkowicie odseparować się od siebie, by to „inne Ja” doświadczało strasznych uczuć, myśli i wspomnień (Maldonado i in., 2002; Steinberg, Steinberg, 1995). Nazywa się je zdysocjowanymi częściami osobowości lub stanami zdysocjowanymi. Oddzielone części umysłu dziecka zawierają niechciane, niemożliwe do zniesienia myśli, uczucia i przerażające wspomnienia. Utrzymują je z dala od bezpośredniej świadomości,

aby dziecko stale nie musiało ich doświadczać. W przeciwnym wypadku byłoby mu trudno prowadzić codzienne życie i robić to, czego się od niego oczekuje. Taki rodzaj dysocjacji jest oceniany jako zaburzenie tożsamości – posiadanie oddzielonych części lub stanów świadomości zamiast jednego, zjednoczonego stanu świadomości zawierającego wszystkie uczucia, myśli i zachowania (Gałeczki i in., 2018). Takie dziecko może naprawdę czasami nie wiedzieć, co zrobiło. Dla otoczenia wygląda to tak, jakby dziecko kłamało, chociaż jest to rzeczywistość amnezja, czyli niezdolność do przypomnienia sobie ważnych informacji dotyczących obecnych i przeszłych zdarzeń. Przykładem może być sytuacja, w której dziecko bije, przeklina czy krzyczy na inne dziecko bez wyraźnej przyczyny. Może ono wówczas reagować, nie zdając sobie sprawy, że w rzeczywistości zagrożenie nie występuje, a w późniejszej rozmowie o tym zdarzeniu może nie zdawać sobie sprawy, co robiło. Może z uporem przeczyć temu, że to robiło, nawet jeśli inni to widzieli. Dziecko jest wówczas często postrzegane jako kłamca, który chce uniknąć kary. Zachowania takie często obserwują wychowawcy domów dziecka i nauczyciele dzieci przebywających w placówkach opiekuńczo-wychowawczych, którzy mają do czynienia w wieloma silnie strauumatyzowanymi, doświadczającymi zaniedbania i krzywdzenia dziećmi.

## **Etiologia**

Na rozwój dysocjacji mogą wpływać bardzo różne zdarzenia o charakterze traumatycznym. Może to być zaniedbanie (brak czułej i dającej poczucie bezpieczeństwa opieki), fizyczne lub seksualne krzywdzenie lub też pojedyncze zdarzenia, takie jak hospitalizacja, wypadek czy śmierć bliskiej osoby. Niezwykle ważną – a często niezauważaną przyczyną poważnej traumy – jest również krzywdzenie emocjonalne. Ten rodzaj krzywdzenia jest trudny do rozpoznania, często lekceważony lub uważany za „zbyt delikatny”, aby mógł wywołać poważne, negatywne konsekwencje w funkcjonowaniu psychicznym dziecka. Należy jednak zwrócić uwagę na zachowanie dzieci, które doświadczają poniżania, nadmiernej krytyki, ciągłego zawstydzania lub braku wsparcia emocjonalnego ze strony opiekunów. Dzieci te – podobnie jak dzieci krzywdzone fizycznie – cierpią wskutek konsekwencji pourazowych. I prawie zawsze doświadczają stanów dysocjacyjnych.

Złą opiekę w niemowlęctwie (brak zainteresowania dzieckiem, niespójność w zachowaniu wobec dziecka, agresję, bierność) określa się obecnie mianem *ukrytej traumy*, która – jak wskazują badania longitudinalne – ma taki sam lub nawet większy wpływ na zaburzenia funkcjonowania psychospołecznego jak przemoc fizyczna (Bureau, Jodi, Lyons-Ruth, 2010). Coraz więcej badań wskazuje na związki

krzywdzenia emocjonalnego i zaniedbywania z zaburzeniami dysocjacyjnymi, nawet w sytuacjach, gdy nie występowało krzywdzenie fizyczne (Anderson, Alexander, 1996; West i in., 2001). Gdy rodzice zachowują się w sposób nieprzewidywalny, niezrozumiały (np. wysyłając sprzeczne komunikaty) i budzący strach lub sami prezentują zaburzenia dysocjacyjne, u dziecka mogą wystąpić stany dysocjacyjne (Blizard, 2003; Liotti, 1992, 1999a, 1999b). W badaniach prowadzonych w Holandii (Draijer, Langeland, 1999) wykazano, że zaniedbanie, obserwowanie agresji między rodzicami lub dysfunkcyjne rodzicielstwo prowadzą do rozwinięcia zaburzeń dysocjacyjnych w podobnym stopniu jak krzywdzenie fizyczne i seksualne. Najnowsze *Kryteria diagnostyczno-statystyczne chorób psychicznych* (Gałęcki i in., 2018) stwierdzają, że 90% osób, u których zdiagnozowano dysocjacyjne zaburzenia tożsamości, relacjonuje w historii życia krzywdzenie i zaniedbywanie.

## Rozpoznawanie

Dysocjacja jest mechanizmem, który pozwala dziecku zabezpieczać się przed zbyt trudnymi uczuciami w sytuacji złego traktowania i braku chroniącej bliskości. Mechanizm ten, który w momencie krzywdzenia chroni organizm przed nadmierną dysregulacją, stanowi równocześnie źródło najpoważniejszych zakłóceń w rozwoju i zaburzeń w funkcjonowaniu społeczno-emocjonalnym. Jak wspomniano wcześniej, osoby sprawujące opiekę nad dziećmi krzywdzonymi opisują wiele niezrozumiałych dla siebie reakcji i zachowań swoich podopiecznych. Analizując bieżącą sytuację, opiekunowie nie potrafią wskazać przyczyn ani uzasadnienia zachowania dzieci. Często postrzegają je jako złośliwe, celowo przekraczające podstawowe zasady lub kłamiące bez potrzeby. Większość takich zachowań można wyjaśnić stanami dysocjacji będącymi następstwem traumy (często tej „niewidocznej”, o której nie informuje się opiekunów lub wręcz nie uwzględnia się jej w historii życia dziecka).

Na występowanie dysocjacji mogą wskazywać nagłe zmiany myślenia, uczuć czy zachowania. Zmiany te można obserwować w stosunkowo krótkich odstępach czasu lub rzadziej, w zależności od częstości występowania stanu dysocjacyjnego. Zachowania takie mogą wystąpić bez wyraźnej przyczyny czy prowokacji ze strony innych osób. Dziecko może również nie pamiętać, co wówczas robiło.

Podkreśla się, że dysocjacja może przyjmować różne formy i naśladować inne trudności emocjonalne (np. ADHD, zaburzenie afektywne dwubiegunowe, zaburzenia zachowania, zachowania opozycyjno-buntownicze). Dlatego postawienie takiej diagnozy wymaga dokładnych, rozłożonych w czasie badań i obserwacji oraz konsultacji z różnymi specjalistami i osobami mającymi kontakt z dzieckiem w różnych sytuacjach.

Poniżej wymieniono wskaźniki pomocne w rozpoznawaniu zaburzeń dysocjacyjnych u dzieci podawane przez Międzynarodowe Towarzystwo Badań nad Traumą i Dysocjacją (*International Society for the Study of Trauma and Dissociation, ISSTD*<sup>1</sup>).

### **Nietypowe zachowania**

- Niespójne zachowanie, nagłe zmiany posłuszeństwa.
- Zmiany w poziomie dojrzałości (np. z zachowań typowych dla dziecka starszego niż jego rzeczywisty wiek w zachowanie charakterystyczne dla małego dziecka, a następnie w zgodne z rzeczywistym wiekiem).
- Odmowa reagowania na własne imię i domaganie się, aby nazywać je innym imieniem.
- Zaprzeczanie nieodpowiedniemu zachowaniu mimo oczywistych dowodów (dziecko sprawia wrażenie, jakby beczelnie kłamało).
- Zmiany w ulubionych czynnościach (dziecko raz coś bardzo lubi, a za chwilę nie lubi tego wcale).
- Nagłe zmiany grup kolegów/koleżanek.
- Nagły strach, mimo że nic przerażającego się nie zdarzyło.
- Nagła, silna i nienaturalna senność.
- Niewytłumaczalne zachowania (smutek, marudzenie, dziecinność itp.).

### **Wybuchy**

- Nagłe wybuchy gwałtownej agresji wobec rówieśników, opiekunów, nauczycieli czy przedmiotów, bez prowokacji lub przy minimalnej prowokacji.
- Przeskakiwanie między różnymi sposobami mówienia – od dziecinnego do gwałtownego i wulgarnego.
- Nagłe, silne zmiany stanu emocjonalnego (od spokoju do nagłej furii itp.).

### **Nadaktywność**

Nagłe zmiany w poziomie aktywności – od spokoju do pobudzenia (w ciągu jednego dnia lub kolejnych dni). Podobne zmiany mogą występować również w przypadku PTSD. Takie przeskoki mogą prowadzić do błędnych rozpoznań ADHD lub zaburzeń dwubiegunowych.

---

1 <https://www.isst-d.org/>.



### **Trudności w uczeniu się**

- „Nierówność” w uczeniu się – jednego dnia dziecko dobrze radzi sobie z danym zadaniem, następnego nie ma pojęcia, jak je wykonać, a kolejnego bez ponownego uczenia się znowu potrafi je wykonać. Wywołuje to dezorientację nauczycieli, którzy sądzą, że dziecko udaje, manipuluje itp.
- Niezdolność do przypomnienia sobie ważnych zdarzeń (np. urodzin, świąt, wycieczki klasowej z poprzedniego dnia).
- Nietypowe trudności w uczeniu (np. pismo lustrzane, niezdolność do tworzenia opowiadań o osobach, a tworzenie dobrych opowiadań o przedmiotach).
- Nietypowe wnioskowanie lub reagowanie na sytuacje opisywane w tekstach, nietypowe reakcje emocjonalne (np. urodziny to smutne wydarzenie lub otrzymanie prezentu budzi strach).

### **Wyłączanie się / nieuwaga**

- Intensywne wpatrywanie się w przestrzeń, sprawianie wrażenia jakby było „gdzieś indziej”.
- Niereagowanie na wołanie czy zwracanie się do niego.
- Wydaje się zdezorientowane po zadaniu pytania (jakby się właśnie obudziło).
- Udzielanie odpowiedzi, które wydają się kompletnie poza kontekstem sytuacji (np. odpowiadanie na pytanie, które było zadane wcześniej i jest już nieaktualne).
- Dziecko sprawia wrażenie jakby ciągle zapominało i trzeba mu powtarzać wiele razy to samo.

### **Brak świadomości granic i zasad społecznych**

- Intensywne, budzące dyskomfort wpatrywanie się w drugą osobę.
- Nieodpowiednie dotykanie dorosłych i innych dzieci, bez świadomości, że jest to nieakceptowane społecznie zachowanie.
- Wycofanie lub “nieobecność” podczas interakcji z innymi.
- Chowanie się w szafach, kątach, pod stołami - bez świadomości, że jest to społecznie nieadekwatne zachowanie.
- Wydawanie dźwięków zwierzęcych (np. szczekanie), zachowywanie się jak zwierzę – w sytuacjach, kiedy nie jest to częścią zabawy (np. na lekcji).

## PODSUMOWANIE

Krzywdzenie emocjonalne jest przyczyną szczególnych trudności w funkcjonowaniu społeczno-emocjonalnym i poznawczym. Często pomijane w diagnozie lub nierozpoznawane (jak np. „wychowawcza krytyka” lub stawianie dziecku nadmiernych wymagań) prowadzi do błędnych interpretacji zachowania dziecka lub braku pomocy. Szczególne konsekwencje krzywdzenia – jakimi są zaburzenia dysocjacyjne – poważnie zakłócają codzienne funkcjonowanie dziecka, utrudniając mu naukę i ogólny rozwój. Dzieci, które chronicznie „odpływają myślami” czy często złością się lub atakują bez widocznego powodu, tak samo jak inne dzieci „starają się” i dążą do „dobrych celów”. Ich kontrowersyjne zachowanie i częste porażki wynikają z doświadczania nadmiernego stresu, a nie ze złej woli. Bez dostrzeżenia traumy w historii ich życia i rozpoznania stanów dysocjacyjnych ich zachowanie jest jednak niezrozumiałe, często błędnie interpretowane, z czego wynika, że dzieci te nie otrzymują odpowiedniej pomocy.

Wydaje się więc niezwykle istotne, aby edukować i uwrażliwiać osoby mające kontakt z dziećmi na zaniedbywanie i krzywdzenie emocjonalne oraz wypracowywać odpowiednie procedury diagnozy i interwencji w takich przypadkach, a także procedury pomocy psychologicznej dla opiekunów dzieci z takim doświadczeniem (rodziców adopcyjnych, zastępczych, wychowawców placówek opiekuńczych, nauczycieli).

Przedstawione w niniejszym artykule informacje są zaledwie zwróceniem uwagi na ważny społecznie problem. Z oczywistych względów nie wyczerpują tematu, a pewne zagadnienia traktują skrótowo lub w sposób uproszczony. Problem podejmowania interwencji i metod postępowania terapeutycznego w przypadkach krzywdzenia emocjonalnego i jego następstw jest kolejnym tematem wymagającym szerszego omówienia i rozmów pomiędzy specjalistami. Wspomniany wcześniej projekt „Taki Mały a VIP” był próbą nagłośnienia problemu i wprowadzenia w polskich realiach próbnych rozwiązań interwencyjnych. Osoby zainteresowane rezultatami projektu znajdują szczegółowe informacje w publikacjach projektowych dostępnych u autorki artykułu.

E-mail autorki: [magdalena.czub@gmail.com](mailto:magdalena.czub@gmail.com).

## BIBLIOGRAFIA

- Anderson, C. L., Alexander, P. C. (1996). The relationship between attachment and dissociation in adult survivors of incest. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 59(3), 240–254.
- Blizard, R. A. (2003). Disorganized attachment, development of dissociated self-states, and a relational approach to treatment. *Journal of Trauma and Dissociation*, 4(3), 27–50.
- Bureau, J.F., Jodi, J., Lyons-Ruth, K. (2010). Attachment dysregulation as hidden trauma in infancy: Early stress, maternal buffering and psychiatric morbidity in young adulthood. W: R. Lanius, E. Vermetten (red.), *The Hidden Epidemic: The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease* (s. 48–56). Cambridge: Cambridge University Press.
- Czub, M. (2003a). Znaczenie wczesnych więzi społecznych dla rozwoju emocjonalnego dziecka. *Forum Oświatowe*, 2(29), 31–49.
- Czub, M. (2003b). Wzorzec przywiązania jako czynnik pośredniczący w skutkach nadużyć seksualnych wobec dzieci. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 2(4), 45–49.
- Czub, M. (2009). Rola wczesnego rozwoju społeczno – emocjonalnego w geniezie indywidualnej podatności na zranienie. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 8(2), 92–110.
- Czub, M. (2015). *Zrozumieć dziecko wykorzystywane seksualnie*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Czub, M., Krzywicka-Filuś, A., Stawicka, M., Polaszewska-Nicke, M., Kobytecka, M. (2012). Formularze FILUA. Narzędzia do diagnozy i zapisu informacji o dziecku i rodzinie. W: *Niezbędnik. Vademecum specjalisty*. Publikacja projektu "So Small but VIP – Towards a System of Protection Children Aged 0-5 from Abuse and Neglect" w ramach Programu Wspólnotowego Daphne III.
- Draijer, N., Langeland, W. (1999). Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 156(3), 379–85.
- Gałecki, P., Pilecki, M., Rymaszewska, J., Szulc, A., Sidorowicz, S., Wciórka, J. (red.). (2018). *DSM-5. Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych*. Wrocław: Edra Urban & Partner.
- Gaudin, J. M. (1999). Child neglect: Short –term and Long-term Outcomes. In: H. Dubowitz (ed.) *Neglected Children: Research, Practice and Policy*. Thousands Oak
- Glaser, D. (2002). Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. *Child Abuse & Neglect*, 26(6–7), 697–714.

- Glaser, D. (2011). Jak sobie radzić z problemem krzywdzenia i zaniedbywania emocjonalnego – dalszy rozwój ram konceptualnych (FRAMEA) . *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 10(4), 18–36.
- Iwaniec, D., Szmagalski, J. (2002). *Zaburzenia rozwojowe dzieci krzywdzonych emocjonalnie*. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Liotti, G. (1992). Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation*, 5(4), 196–204.
- Liotti, G. (1999a). Understanding the dissociative processes: The contribution of attachment theory. *Psychoanalytic Inquiry Special Issue: Attachment Research and Psychoanalysis*, 19(5), 757–783.
- Liotti, G. (1999b). Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative pathology. W: J. Solomon, C. George (red.), *Attachment disorganization* (s. 291–317). Nowy Jork, NY: Guilford Press.
- Liotti, G. (2004). Trauma, dissociation, and disorganized attachment: Three strands of a single braid. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 41, 472–486.
- Liotti, G. (2009). Attachment and Dissociation. W: P. F. Dell, J. A. O’Neil, FRCPC (red.), *Dissociation and the dissociative disorders. DSM-V and beyond* (s. 53–67). Nowy Jork, NY: Routledge.
- Maldonado, J. R., Butler, L. D., Spiegel, D. (2002). *Treatments for dissociative disorders. In A Guide To Treatments That Work, 2nd Edition*. Nowy Jork, NY: Oxford University Press.
- Prior, V., Glaser, D. (2006). *Understanding attachment and attachment disorders. Theory, evidence and practice*. Londyn: Jessica Kingsley Publishers.
- Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in children and adolescents. A developmental perspective*. Nowy Jork, NY: Guilford Press.
- Sameroff, A., Lewis, M., Miller, S. (red.). (2000). *Handbook of developmental psychopathology*. Nowy Jork, NY: Kluwer Academic / Plenum Publishers.
- Silberg, J. L. (2013). *The child survivor. Healing developmental trauma and dissociation*. Nowy Jork, NY: Routledge.
- Simeon, D., Guralnik, O., Schmeidler, J., Knutelska, M. (2001). The role of childhood interpersonal trauma in depersonalization disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158(7), 1027–1033.
- Sroufe, A. (1995). *Emotional development. The organization of emotional life in the early years*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sroufe, A., Egeland, B., Carlson, E., Collins, A. (2005). Placing early attachment experiences in developmental context: The Minnesota Longitudinal Study. W: K. E. Grossmann, K. Grossmann, E. Waters (red.), *Attachment from Infancy to Adulthood. The Major Longitudinal Studies*. Nowy Jork, NY – Londyn: The Guilford Press.

- Steinberg, M, Steinberg, A. (1995). Using the SCID-D to assess Dissociative Identity Disorder in adolescents: Three case studies. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 59(2), 221–231.
- Thompson, R. (1994). Emotion Regulation: A Theme in Search of Definition. W: N. Fox (red.), *Monographs of the Society for Research in Child Development* seria 240, vol. 59 (s. 25–53).
- West, M., Adam, K., Spreng, S., Rose, S. (2001). Attachment disorganization and dissociative symptoms in clinically treated adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46(7), 627–631.
- Wieland, S. (2015). *Dissociation in Children and Adolescents Theory and Clinical Interventions*. Londyn: Routledge.
- Yates, T. M. (2007). Developmental consequences of child emotional abuse: a neuro-developmental perspective. *Journal of Emotional Abuse*, 7(2), 9–34.

## HIDDEN TRAUMA - CHILD EMOTIONAL ABUSE AND NEGLECT

Current psychological knowledge clearly indicates that the child's experience of neglect and emotional abuse has a destructive impact on his further socio-emotional functioning. The effects of this kind of abuse are as serious as the consequences of physical or sexual violence. They are all the more serious the sooner they occur in the child's life. Unfortunately, these types of abuse often go unnoticed by the close social environment or, they are just a reason to criticism but not to intervene and treatment. The following text will present basic information about the problem of emotional abuse, its manifestations and consequences, as well as detailed descriptions of signs of emotional abuse to help to recognize this phenomenon and make decisions about intervention. Increasingly widespread research in this area indicates that one of the very common consequences of traumatic experiences in the area of relationships with others are, still rarely recognized and described, dissociative disorders. Therefore, special emphasis was placed in the article on familiarizing readers with the phenomenon of dissociation - the definition, description of the types of dissociation and symptoms in child's behavior.

### KEYWORDS:

NEGLECT, EMOTIONAL ABUSE, DISSOCIATION, DEPERSONALIZATION, DEREALIZATION

Cytowanie:

Czub, M. (2019). Ukryta trauma – zaniedbywanie i emocjonalne krzywdzenie dzieci. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 18(2), 38–58.



Artykuł jest dostępny na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa–Użycie niekomercyjne–Bez utworów zależnych 3.0 Polska.