

Key words: *children with peculiarities of psychophysical development, social and pedagogical support of parents of children with peculiarities of psychophysical development in pre-school education institutions, educational potential of parents, criteria of educational potential, algorithm of social and pedagogical support of parents, assessment of the needs of parents, comprehensive program of social and pedagogical support of parents of children with peculiarities of psychophysical development in pre-school education institutions, interdisciplinary team.*

UDC 37.013.42:371.3

Katarzyna Szymczyk

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach,

Filia w Piotrkowie Trybunalskim, Polska

ORCID ID 0000-0003-1791-2893

DOI 10.24139/2312-5993/2018.03/275-284

SHAPING A CHILD'S BOND WITH AN ADULT – WORKING WITH CHILDREN WITH THE RAD SYNDROME

Shaping, or in other words, establishing a child's relationship with an adult is a dynamic ability, which develops within a specified, purposeful, long-term process. Over time, it adopts various, specific forms, before it reaches its state of maturity. The basic and primary function of shaping bond and attachment is to maintain closeness with the mother in order to ensure security. This adaptive function is biological and related to the fact of survival.

The operation of the attachment behaviour system is closely related to exploratory behaviour – learning about the environment is possible when the child is close to the carer who is a safe base for him. Since the attachment system is of fundamental importance its incorporation completely disables most of other systems.

The system of formation of bonds and attachment constitutes the subsequent functioning of the human in all spheres of life.

RAD (Reactive Attachment Disorder) is a diagnostic term for the determination of acute and relatively atypical disorders of the ties which affect children. In most situations, RAD is characterized by clearly disturbed and developmentally inadequate ways of establishing social ties.

Principles of cooperation with the family/guardians of the child in shaping a confident attachment style: 1) building trust – at the beginning it is a good step towards building mutual trust. Building a good relationship with your family is the key to working with your child; 2) obtaining information which is important for the diagnosis of a child's situation – among the potential ways of obtaining information for diagnosis are: observation of a parent-child relationship; completing previously prepared questionnaire; conversation about the life situation of the child and family; 3) improving parental competences of parents/guardians and supporting families in matters of key importance for improving the child's situation.

Key words: *children, RAD syndrome, parents, work with children with the RAD syndrome.*

KSZTAŁTOWANIE SIĘ WIĘZI DZIECKA Z OSOBĄ DOROSŁĄ – PRACA Z DZIEĆMI Z ZESPOŁEM ZABURZENIA WIĘZI RAD STRESZCZENIE

Wprowadzenie. Teoria przywiązania (więzi) zwaną inaczej etologiczno-ewolucyjną teorią osobowości, po raz pierwszy ogłoszono w 1958 r.; oznacza ona:

- fakt obserwowalny, wrodzony, o znaczeniu podstawowym charakteryzujący się trwałą tendencją pierwotną do szukania związku z kimś innym;

- system reakcji wrodzonych, zaprogramowanych genetycznie, których aktywacja przebiega podczas pewnych okresów krytycznych; każdy noworodek wyposażony jest w genetycznie uwarunkowane wzorce zachowania, pomagające w nawiązywaniu i utrzymywaniu kontaktu z osobami opiekującymi się nim [1; 5];

- system zachowań i reakcji mający trwałą tendencję do utrwalania się i charakteryzujący się względną stałością system reakcji, które w sposób pierwotny i autonomiczny zapewnia ustalenie więzi, posiadający szczególną organizację przebiegu i dynamiki interakcji i odgrywa podstawową rolę w utrzymywaniu równowagi emocjonalnej [11].

Przywiązanie najczęściej definiowane jest jako niezwykle silna, długotrwała i emocjonalnie nasycona więź dziecka z konkretną osobą, która najczęściej odwzajemnia jego uczucia.

Kształtowanie się więzi dziecka z osobą dorosłą.

Kształtowanie/ustanawianie więzi dziecka z osobą dorosłą/ człowieka z drugim człowiekiem to dynamiczna zdolność rozwijająca się w ramach określonego, celowego, długofalowego procesu. Na przestrzeni czasu przyjmuje ono różne specyficzne formy zanim osiągnie stan swej dojrzałości.

Podstawową i pierwotną funkcją kształtowania się więzi i przywiązania jest utrzymywanie bliskości z matką, celem zapewnienia bezpieczeństwa i pokarmu. Aby utrzymać kontakt z opiekunem dziecko prezentuje zróżnicowany repertuar zachowań takich jak: krzyk, uśmiech, ssanie, przytulanie, „podążanie za”. Ta adaptacyjna funkcja ma charakter biologiczny i związana jest z faktem przeżycia.

Kolejna – emocjonalna funkcja przywiązania związana jest z zapewnieniem elementarnej potrzeby bezpieczeństwa, co za tym idzie z kształtowaniem systemu regulacji emocji, będącego podstawą uzyskiwania i zachowania równowagi emocjonalnej i regulacji stosunków z otoczeniem (funkcja społeczna kształtowania więzi). Obecność obiektu przywiązania inicjuje proces redukcji fizjologicznego wzbudzenia w sytuacji zagrożenia i modyfikuje percepcję stresu i fizjologiczną na niego odpowiedź. Inaczej mówiąc, dziecko „używa” opiekuna jako źródła regulacji emocjonalnego pobudzenia i dyskomfortu.

Działanie systemu zachowań przywiazaniowych jest ściśle powiązane z zachowaniami eksploracyjnymi – poznawanie otoczenia możliwe jest gdy dziecko znajduje się blisko opiekuna, stanowiącego dla niego bezpieczną bazę. Gdy opiekun jest niedostępny lub nieprzewidywalny w swej dostępności, dziecko aktywuje zachowania przywiazaniowe o wiele częściej i silniej, a towarzyszące temu pobudzenie i niepokój uniemożliwia eksplorację otoczenia. Ponieważ system przywiązania ma znaczenie podstawowe, jego włączenie powoduje całkowite wyłączenie większości innych systemów.

System kształtowania się więzi i przywiązania konstituuje późniejsze funkcjonowanie człowieka we wszystkich sferach życia.

Tabela 1

Sfery i funkcje kształtowania więzi/przywiązania

Sfera	Funkcja
Biologiczna	ochrona przed niebezpieczeństwem, zaspokojenie potrzeb biologicznych; (pokarmu itp.), zapewnienie przeżycia
Emocjonalna	modyfikacja pobudzenia fizjologicznego, regulacja afektu – uzyskiwanie; zdolności do samouspokajania
Poznawcza	uczenie się siebie, innych i świata, eksploracja otoczenia
Spółeczna	nabywanie kompetencji społecznych, interpersonalnych, budowanie więzi z innymi
Duchowa	kształtowanie bazowej postawy - ufności v nieufności, nadziei

Źródło: 7, 1.

Cykl rozwoju przywiązania

Rozwój przywiązania w dzieciństwie odbywa się w ścisłym związku ze zmianami i nabywaniem przez dziecko nowych kompetencji w dziedzinie rozwoju motorycznego, poznawczego, emocjonalnego i społecznego. J. Bowlby wyróżnił tylko cztery fazy rozwoju przywiązania, które umiejscowił w pierwszych trzech latach życia dziecka[1; 6]. Obecnie wyróżnia się również dalsze fazy obejmujące wiek przedszkolny i młodszy wiek szkolny.

Zgodnie ze współczesnym stanem wiedzy na temat ontogenezy przywiązania w dzieciństwie, stosuje się podział na trzy okresy[8, 65–383]:

1. wczesne dzieciństwo (do trzeciego roku życia);
2. wiek przedszkolny (od 4 do 6 lat);
3. młodszy wiek szkolny (od 7 do 10/12 lat).

1. **Wczesne dzieciństwo** (do trzeciego roku życia).Rozwój przywiązania w niemowlęctwie i wieku poniemowlęcym. W pierwszych trzech latach życia dziecka można mówić o trzech fazach rozwoju przywiązania. Zachodzące zmiany w typowych modelach zachowań związanych z przywiązaniem dokonują się wszystkie w pierwszym roku, przy czym wyłaniająca się z nich faza trzecia rozciąga się na cały wiek poniemowlęcy.

Faza I. Orientowanie się i sygnały kierowane bez rozróżniania osób.

Faza ta trwa od urodzenia do ośmiu-dwunastu tygodni, jednak w warunkach niesprzyjających do rozwoju dziecka może przeciągnąć się poza ten okres. Cechy:

- brak jest wyraźnego zróżnicowania osób, dziecko zachowuje się niemal tak samo wobec wszystkich;
- dziecko nastawione jest głównie na odbieranie bodźców społecznych – podąża wzrokiem, szuka wyraźnych, powoli poruszających się kształtów,

preferuje łagodne bodźce słuchowe (głos ludzki), około 4 tygodnia coraz dłużej patrzy na ludzką twarz lub kontury, które ją przypominają;

- wyraźna jest asymetria w relacji dziecka z opiekunem, to od tego drugiego zależy budowanie oraz utrzymanie bliskości.

Faza II. Orientowanie się i sygnały kierowane do jednej lub więcej wybranych osób.

Dziecko zachowuje się ciągle przyjacielsko wobec każdej osoby w jego otoczeniu. Zaczyna ono jednak kierować swoje sygnały coraz wyraźniej pod adresem jednej, konkretnej osoby, która pełni wobec niego rolę matki. Faza ta trwa od dwóch-trzech miesięcy do około szóstego miesiąca życia. Cechy:

- reakcja na opiekuna jest bardziej intensywna niż na inne osoby;
- zachowanie dziecka jest inne, gdy jest z rodzicem, a jeszcze inne gdy z osobą obcą;
- pojawia się lęk przed obcymi i lęk separacyjny;
- dziecko coraz częściej inicjuje kontakt z rodzicem, często w celach wyłącznie rozrywkowych.

Faza III. Utrzymywanie bliskości wobec wybranej osoby przy pomocy sygnałów i lokomocji.

Ustają przyjacielskie zachowania dziecka w stosunku do wszystkich bez wyjątku osób, z którymi ma ono kontakt. Osoby obce są traktowane z coraz większą ostrożnością i podejrzliwością. Cechy:

- przywiązanie umacnia się i tworzy się coraz wyraźniejszy model roboczy opiekuna, a co za tym idzie współgrający z nim obraz samego siebie;
- poszerza się zakres zachowań umacniających przywiązanie (z uwagi na możliwość przemieszczania się i rozwój mowy), np. wołanie, wyciąganie rąk, odwracanie się w kierunku rodzica podczas samodzielnej zabawy itp;
- rodzic staje się gwarantem bezpieczeństwa, tzw. "bezpieczną bazą", do której można powrócić podczas eksploracji świata (oczywiście jeśli do tej pory rodzic „pracował” na bezpieczną więź).

2. Przywiązanie w wieku przedszkolnym.

Faza IV powstania między dzieckiem a matką wzajemnej relacji wyznaczonej przez cel

Wraz z postępującym rozwojem zdolności poznawczych dziecko zaczyna powoli wczuwać się w różnego rodzaju doznania i motywacje matki. Prowadzi to:

- do powstania między nimi relacji partnerstwa – dziecko coraz bardziej liczy się z potrzebami i planami rodzica;
- dziecko coraz lepiej rozumie motyw działania i uczucia opiekuna;
- dziecko coraz lepiej rozumie świat społeczny, ma już zbudowany model roboczy rodzica i lepiej radzi sobie z rozłąką.

Od około czwartego roku życia dzieci potrafią nie tylko czasowo powstrzymać się od szukania bliskości rodziców w sytuacji stresowej, ale zaczynają wchodzić z nimi w negocjacje, aby wspólnie ustalić, kiedy taka

bliskość będzie możliwa. W negocjacjach tych obu stronom pomaga rozwój zdolności językowych u dziecka.

3. Przywiązanie w młodszym wieku szkolnym.

Dzieci w tym wieku zaczynają także powoli przejmować na siebie główną odpowiedzialność za swoje bezpieczeństwo. Zachowania związane z przywiązaniem stają się coraz bardziej złożone, a ich celem jest w coraz mniejszym stopniu bezpośredni kontakt z postacią przywiązania. Dzieci w tym wieku zaczynają także powoli przejmować na siebie główną odpowiedzialność za swoje bezpieczeństwo.

Kolejne cykle:

3. Przywiązanie w okresie adolescencji

Wiek dorastania jest dla rozwoju przywiązania, podobnie jak dla wielu innych aspektów funkcjonowania psychospołecznego jednostki, okresem przejściowym. Systemu przywiązania ulega w okresie dorastania wielu zasadniczym przemianom. Najważniejsze z nich dotyczą wyłonienia się zintegrowanego modelu przywiązania zmian w relacjach z rodzicami (rozluźnienie więzi) oraz zmian w relacjach z rówieśnikami (rośnie ich znaczenie). Podłożem zmian są rozwijające się procesy myślenia abstrakcyjnego i hipotetyczno-dedukcyjnego oraz wzrastająca zdolność postrzegania swojej odrębności od innymi ludźmi.

4. Przywiązanie w okresie życia dorosłego

Przywiązanie u osób dorosłych można określić jako stałą tendencję danej jednostki do szukania i utrzymywania bliskości i kontaktu z inną konkretną jednostką lub kilkoma innymi konkretnymi jednostkami, które są dla niej źródłem subiektywnego poczucia bezpieczeństwa. Wyróżniamy w tym cyklu modele więzi: *Przywiązanie do partnera w romantycznej miłości i do współmałżonka. Przywiązanie do rodziców. Przywiązanie do własnych dzieci* [7].

Reaktywne zaburzenia więzi (RAD) –objawy

RAD jest syndromem, który można zaobserwować u poszczególnych osób mających problemy z okazywaniem uczuć i tworzeniem trwałych związków. W celu zaspokojenia własnych potrzeb i poczucia bezpieczeństwa, osoby te ufają tylko sobie. Te osoby często mają problemy z własnym sumieniem, nie czują empatii i nie mają prawdziwych uczuć do otaczających ich ludzi i zwierząt [4].

Zespół zaburzenia więzi RAD bierze się z niemożności utworzenia normalnych więzi z podstawowymi opiekunami we wczesnym dzieciństwie. Taka sytuacja może wynikać z poważnych wczesnych doświadczeń zaniedbania, przemocy, nagłego oddzielenia od opiekunów między wiekiem sześciu miesięcy i trzech lat, częstych zmian opiekunów lub braku odzewu ze strony opiekuna na wysiłki komunikacyjne wykazywane przez dziecko. Nie wszystkie ani nawet nie większość takich doświadczeń prowadzi do tego zaburzenia [4; 7].

Zaburzenie to objawia się pod dwiema postaciami:

- zahamowaną – stałej niemożności zainicjowania lub odpowiedzenia na większość interakcji społecznych w odpowiedni sposób, zgodnie z etapem rozwoju, oznacza zubożenie i ograniczenie relacji, unikanie fizycznych objawów czułości, kontaktu wzrokowego, chłód emocjonalny oraz obojętność;

- niehamowaną/rozhamowaną – objawiającą się jako bezkrytyczna towarzyskość, w postaci przesadnej poufałości z nieznajomymi, to narzucanie się najczęściej obcym, przypadkowym ludziom, próba oczarowania ich i pozyskania sympatii za wszelką cenę;

W przypadku formy zahamowanej twierdzi, że zespół ten prawdopodobnie pojawia się jako bezpośredni efekt poważnego zaniedbania ze strony rodziców, wykorzystywania lub poważnego nadużycia. DSM (kategoria diagnostyczna: zespół zaburzenia więzi u niemowląt) uważa, że musi istnieć historia „opieki patogenetycznej”, co definiuje się jako stałe lekceważenie podstawowych potrzeb emocjonalnych i fizycznych dziecka, lub ciągłe zmiany podstawowego opiekuna, który nie dopuszcza do utworzenia się więzi dyskryminacyjnych i wybiórczych, co uznaje się za przyczynę pojawienia się zaburzenia. Z tego powodu część diagnozy polega raczej na przyjrzeniu się historii opieki nad dzieckiem aniżeli obserwacji symptomów.

Kryteria diagnostyczne:

ICD-10 opisuje zespół zaburzenia więzi w dzieciństwie, znany jako RAD, i niehamowane zaburzenie więzi, mniej znane jako DAD;

DSM-IV-TR opisuje również zespół zaburzenia więzi u niemowląt lub we wczesnym dzieciństwie, dzieląc go na dwa podtypy, typ hamowany i typ niehamowany, oba znane jako RAD;

Te dwie klasyfikacje (typ hamowany i typ niehamowany) są podobne i obie zawierają:

- znacznie zaburzone i nieodpowiednie pod względem rozwoju nawiązywanie kontaktów społecznych w większości kontekstów;
- zaburzenia nie można wyjaśnić wyłącznie opóźnieniem w rozwoju i nie spełnia ono kryteriów dominującego zaburzenia rozwoju;
- początek przed piątym rokiem życia;
- historia poważnego zaniedbania;
- brak rozpoznawalnej, ulubionej osoby, do której dziecko jest przywiązane;
- lękliwość i nadwrażliwość;
- ambiwalencja uczuciowa;
- obniżona tolerancja frustracji,
- odpowiadanie agresją na napotkane przeszkody.

U niektórych dzieci mogą wystąpić oba rodzaje zachowań [9].

Typ hamowany – objawia się:

- w przesadnie zahamowanych, super-czujnych lub wysoce ambiwalentnych i sprzecznych odzewach (np. dziecko może odpowiadać opiekunom mieszaniną zbliżenia się, unikania i oporu na pocieszenie;

- może ukazywać "zimną czujność", super-czujność, jednocześnie zachowując beznamiętną i spokojną postawę);
- niemowlęta nie szukają i nie przyjmują pocieszenia w czasie zagrożenia, niepokoju lub cierpienia, nie utrzymując "bliskości", podstawowego elementu zachowania w więzi z drugim człowiekiem;

- unikanie wchodzenia w relacje;
- odmowa przyjmowania pomocy.

Typ niehamowany – obserwuje się:

- rozmyte więzi, które objawiają się w bezkrytycznej towarzyskości z wyraźną niemożnością wykazania odpowiednich więzi;
- selektywnych (np. przesadna poufałość wobec względnie nieznanym osobom lub brak selektywności w wyborze osob, z ktorymi nawiązują i utrzymują więź);
- brak „specyficzności” osob, z ktorymi nawiązują i utrzymują więź;
- częste zwracanie się o pomoc;
- dziecinne zachowanie [11].

Leczenie RAD

Ocena bezpieczeństwa dziecka jest pierwszym krokiem, który określa, czy przyszła interwencja w rodzinie będzie konieczna, czy też dziecko należy przenieść do bezpiecznego środowiska. Interwencje mogą obejmować wsparcie rodziny przez służby psychologiczne i socjalne wliczając w to pomoc finansową lub domową, wsparcie mieszkaniowe i socjalne), interwencje psychoterapeutyczne (wliczając w to leczenie rodziców cierpiących na choroby psychiczne, terapię rodzinną, terapię indywidualną), kształcenie (wliczając w to szkolenie w dziedzinie podstawowych umiejętności rodzicielskich oraz rozwoju dziecka), oraz monitorowanie bezpieczeństwa dziecka w środowisku rodzinnym.

W roku 2005 Amerykańska Akademia Psychiatryczna dla Dzieci i Młodzieży przedstawiła wytyczne przez N.W. Boris i C.H. Zeanah) oparte na opublikowanych przez siebie parametrach do diagnozowania i leczenia RAD. Zalecenia ujęte w tych wskazówkach obejmują następujące kwestie:

1. Najważniejszą interwencją w przypadku małych dzieci, u których zdiagnozowano zespół zaburzenia więzi i którym brak jest więzi z wybranym opiekunem, jest zadbanie o to, aby dziecko miało osobę, z którą mogłoby nawiązać więź.

2. Chociaż diagnoza zespołu zaburzenia więzi opiera się na symptomach, które wykazuje dziecko, ocena podejścia opiekuna do dziecka jest ważna przy wyborze sposobu leczenia.

3. Uznaje się, że dzieci z zespołem zaburzenia więzi mają mocno zaburzone wewnętrzne modele nawiązywania więzi z innymi. Po zadbaniu o to, żeby dziecko znalazło się w bezpiecznym i stabilnym środowisku, skuteczne leczenie zaburzenia więzi musi koncentrować się na stworzeniu pozytywnych interakcji z opiekunami.

4. Dzieci, które spełniają kryteria zespołu zaburzenia więzi i wykazują zachowania agresywne i opozycyjno-buntownicze wymagają uzupełniającego (dodatkowego) leczenia.

Dominujące programy prewencyjne i podejścia do leczenia zaburzeń więzi u niemowląt i młodszych dzieci są oparte na teorii więzi i koncentrują się na zwiększeniu odzewu i wrażliwości opiekuna, lub, jeśli to nie jest możliwe, umieszczeniu dziecka u innego opiekuna. Niektóre z tych programów leczenia lub prewencji są konkretnie nakierowane raczej na opiekunów zastępczych aniżeli na rodziców, ponieważ zachowania więziowe niemowląt lub dzieci z zaburzeniami więzi często nie napotykają na odpowiednie reakcje opiekuna.

Inne metody leczenia obejmują terapię rozwojową, opartą na indywidualnych różnicach [9].

W niektórych przypadkach, jeśli dziecko cierpi na stany lękowe lub depresję może podawać pewne leki, takie jak inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny (SSRIs). Dzieci, które przyjmują te leki powinny być uważnie obserwowane, czy nie objawiają myśli lub zachowań samobójczych.

Praca z dzieckiem z RAD

Profesjonalna pomoc powinna zawierać się w:

- Działaniach terapeutycznych – organizacji profesjonalnej, specjalistycznej pomocy w postaci terapeutycznych grup wsparcia lub indywidualnych konsultacji z udziałem psychologa, pedagoga lub logopedy.
- Pedagogizacji – organizacja różnego rodzaju działań edukacyjnych, mających na celu rozpowszechnianie użytecznej, specjalistycznej wiedzy z zakresu wychowywania dzieci.
- Działaniach animacyjnych – organizacji różnego rodzaju działań animacyjnych, mających na celu wspólne spędzanie wolnego czasu.

Pedagogizacja rodziców – jej zadaniem jest spowodowanie, aby kierowali się w wychowaniu wiedzą i umiejętnościami pedagogicznymi, a nie tylko intuicją i tradycją. Powinni być świadomi własnej roli rodzicielskiej, znać potrzeby dziecka, stawiać jasne cele wychowawcze, umiejętnie nagradzać i karać, interesować się sprawami dziecka i w prawidłowy sposób okazywać uczucia. Tak pojmowana pedagogizacja powinna dotyczyć przede wszystkim problematyki wychowawczej, ale także innych aspektów funkcjonowania rodziny, jak np. zagadnień prawnych, zdrowotnych czy społecznych.

Pedagogizacja rodziców jest to działalność zmierzająca do stałego wzbogacania posiadanej przez rodziców potocznej wiedzy pedagogicznej o elementy naukowej wiedzy o wychowaniu dzieci i młodzieży.

Celem pedagogizacji jest bezpośrednia i pośrednia pomoc rodzicom w ich oddziaływaniach wychowawczych dzięki podniesieniu stopnia ich refleksyjności, wzbogaceniu świadomości pedagogicznej i przez to poprawnie funkcjonowania rodziny. Ważnym zadaniem pedagogizacji jest też kształcenie kultury pedagogicznej rodziców i innych osób zaangażowanych w proces wychowania [1].

Pedagogizacja jest ważnym czynnikiem korygowania negatywnych zachowań oraz uświadamiania rodzicom pewnych spraw związanych z wychowaniem. Powinna ona wskazywać na pojawiające się zagrożenia i związane z nimi skutki oraz wskazywać sposoby postępowania z dziećmi.

Wyniki. Zasady współpracy z rodziną/opiekunami dziecka w kształtowaniu ufnego stylu przywiązania:

1) zbudowanie zaufania – na początek dobrym krokiem w kierunku budowy wzajemnego zaufania są. Zbudowanie dobrej relacji z rodziną jest kluczem do dalszej pracy z dzieckiem;

2) pozyskanie informacji ważnych dla diagnozy sytuacji dziecka – wśród potencjalnych sposobów pozyskania informacji do diagnozy wymienia się: obserwację relacji rodzic – dziecko; wypełnienie wcześniej przygotowanego kwestionariusza; rozmowę o sytuacji życiowej dziecka i rodziny;

3) doskonalenie kompetencji wychowawczych rodziców/opiekunów oraz wspieranie rodzin w sprawach o kluczowym znaczeniu dla poprawy sytuacji dziecka;

- rozwijanie kompetencji wychowawczych może dokonywać się poprzez;
- organizowanie spotkań;
- warsztatów i konsultacji ze specjalistami;
- prowadzenie grup wsparcia;
- prowadzenie zajęć o charakterze szkoły dla rodziców;
- w sposób mniej formalny np. podczas rozmów [2; 14].

BIBLIOGRAFIA

1. Bowlby, J. (2007). Przywiązanie, tłumacz. M. Polaszewska-Nicke, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
2. Fechner-Sędzicka, I. (2002). Spotkania z rodzicami prowadzone metoda warsztatową, Toruń.
3. Grodecka, J., Kałucka, R., Sarzała, K., Żukiewicz, A. Standard interwencji kryzysowej. Retrieved from: http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/SIK_2601.pdf.
4. Iniewicz, G. (2008). Zaburzenia emocjonalne u dzieci i młodzieży z perspektywy teorii przywiązania. Psychiatria Polska, 5.
5. Kadela, K., Kowalczyk, J. (2014). Standardy pracy socjalnej. Wyd. WRZOS, Warszawa.
6. Krasiejko, I. (2006). Narzędzia przydatne asystentowi rodziny w diagnozie pedagogicznej. szerzej: E. Jarosz, E. Wysocka, Diagnoza psychopedagogiczna, Wyd. Żak, Warszawa. Retrieved from: http://pimis.home.pl/kreator/data/documents/Narzedzia_ar_diagnoza.pdf.
7. Krzywicka, L. Typ przywiązania i jego konsekwencje dla rozwoju dziecka, Dziecko z Zespołem Zaburzenia Więzi, Szczecin 2008 Konferencja „Dziecko z Zespołem Zaburzenia Więzi” Szczecin 2008. Retrieved from: www.teczaserc.pl.
8. Marchwicki, P. Teoria przywiązania J. Bowlby’ego. Seminare. Poszukiwania naukowe 2006/23.

9. Nowak, M., Gawęda, A., Janas-Kozik, M. (2011). Prowokacja odrzucenia czy pragnienie bliskości? Znaczenie relacji rodzic zastępczy – dziecko dla niwelowania deficytów wynikających z diagnozy „zaburzenia więzi. Psychiatria i Psychologia Kliniczna, 11 (1).
10. Pulikowski, J. (2013). Jak budować więzi w rodzinie. Wydawnictwo „Fides”
11. Sadowska, L, Gruna-Ożarowska, A., Skórczyńska, M. (2005). Rozwój więzi między matką i dzieckiem od poczęcia. W L. Sadowska (Red.), Wczesna diagnostyka i rehabilitacja dzieci ryzyka. Materiały pomocnicze z kursu doskonalącego w dziedzinie wspierania rozwoju dzieci ryzyka, Wrocław.
12. Schaffer, H. R. (2006). Rozwój społeczny. Dzieciństwo i młodość, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
13. Senator, D. (2012). Główne tezy teorii przywiązania. W Tryjarska, B. (Red.), Bliskość w rodzinie, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
14. Wysock, E., Ostafińska-Molik, B. (2015). Zaburzenia przystosowania młodzieży a style wychowania w rodzinie. Pedagogika Społeczna, 4 (58).

АНОТАЦІЯ

Шимчик Катажина. Формування зв'язку дитини з дорослим – робота з дітьми з РРП.

У статті висвітлено особливості роботи з дітьми з РРП (реактивними розладами прихильності). З'ясовано, що РРП – діагностичний термін для визначення гострих і відносно нетипових порушень зв'язків, які впливають на дітей. У більшості випадків РРП характеризується явно порушеними та неадекватно розвиненими способами встановлення соціальних зв'язків. З'ясовано, що система формування зв'язків та прихильності впливає на наступне функціонування людини в усіх сферах її життя.

Ключові слова: діти, РРП синдром, батьки, робота з дітьми з синдромом РРП.

РЕЗЮМЕ

Шимчик Катажина. Формирование связи ребенка со взрослым – работа с детьми с РРП.

В статье освещены особенности работы с детьми с РРП (реактивными расстройствами привязанности). Выяснено, что РРП – диагностический термин для определения острых и относительно нетипичных нарушений связей, влияющих на детей. В большинстве случаев РРП характеризуется явно нарушенными и неадекватно развитыми способами установления социальных связей. Выяснено, что система формирования связей и привязанности влияет на последующее функционирование человека во всех сферах его жизни.

Ключевые слова: дети, РРП синдром, родители, работа с детьми с синдромом РРП.