

OBRAZ CIAŁA U DZIECKA PO TRAUMIE

Artykuł jest prezentacją części pracy magisterskiej pt. „Obraz ciała u dzieci z traumą porzucenia - wychowanków domu dziecka”, napisanej pod kierunkiem prof. Małgorzaty Kościelskiej, w katedrze psychologii klinicznej dziecka Uniwersytetu Warszawskiego.

Miejsce cielesności w rzeczywistości psychicznej jest ważne w próbach zrozumienia istoty człowieka, zwłaszcza w odniesieniu do dzieci, u których wzrost i rozwój fizyczny jest bardzo silnie związany ze wzrostem i rozwojem psychicznym. Didier Anzieu (1985) w wyniku swoich badań stwierdził, iż psychika kształtuje się w wyniku dotyku - sumy doznań, od pieczyoty po zranienie, utrwalonych za pośrednictwem skóry. Skóra i „ja skórne” są powierzchnią do zapisywania śladów pozostawionych przez innych ludzi.

W pracy magisterskiej badałam związki między doświadczeniami traumatycznymi, szczególnie traumą porzucenia a obrazem ciała u dzieci z domu dziecka. W niniejszym artykule zawarte jest tło teoretyczne moich poszukiwań badawczych oraz wyniki czyli opis obrazu ciała dzieci, przeżywających poczucie opuszczenia i cierpienie. Inaczej, używając języka Anzieu, chciałabym przedstawić próbę odpowiedzi na pytanie: jakie ślady na „skórze psychicznej” pozostawiło po sobie raniące doświadczenie bycia opuszczonym.

Obraz ciała

W literaturze psychologicznej poruszającej temat cielesności oraz różne aspekty z nim związane pojawia się wiele opisów mechanizmów oraz terminów dotyczących powiązań ciała z psychiką. Wynika to z różnorodnych punktów widzenia oraz różnych koncepcji teoretycznych przyjmowanych przez badaczy w dyskusjach nad badaniem cielesności (Stern, 1985; Anzieu, 1985; Laing, 1995; Lowen, 1992; Kepner, 1991).

W teorii Zygmunta Freuda dość wcześnie pojawił się termin „ego cielesne”, oznaczający tę część ego, która wywodzi się z doświadczenia ego przez nie, w opozycji do doświadczeń płynących od zewnętrznych obiektów. Freud stwierdził, że „ego jest

przede wszystkim cielesne” oraz pochodzi od wrażeń cielesnych, w większości od tych, które powstają na powierzchni ciała (Laplanche, Pontalis, 1996). W nabywaniu poczucia własnego ciała ważny jest również związek emocjonalny z matką. Doświadczenie własnego ciała i doznania z jego wnętrza odgrywają istotną rolę w wykształceniu poczucia istnienia i nabywaniu tożsamości (Mahler, 1975).

Dziecko poznając świat traktuje własne ciało jako punkt odniesienia do orientacji w przestrzeni i w stosunkach między przedmiotami. Dobra orientacja we własnym ciele sprzyja ekspansji ruchowej i przestrzennej dziecka, a także rozwojowi separacji od matki. Poczucie własnego ciała, jako element tożsamości, jest wbudowane w mechanizm regulujący czynności dziecka. Zatem dobra orientacja we własnym ciele odgrywa istotną rolę w przebiegu rozwoju emocjonalnego i poznawczego dziecka (Zalewska, 1988).

Anzieu (1985) konceptualizując „ja skórne” (*Moi-peau*), przedstawia je jako wyobrażenie, za pomocą którego „ja” dziecka wdraża się we wczesne fazy rozwoju, tak aby powstała w nim reprezentacja siebie jako „ja” zawierającego wewnątrz treści psychiczne, poczynając od doświadczenia powierzchni ciała.

Przegląd definicji obrazu ciała (Gallagher i Cole, 1995; Shontz i Fisher za: Wolak, 1989; Fisher i Claveland, 1958) ukazuje to pojęcie w dwojaki sposób: jako proces lub jako strukturę. Wymienieni autorzy podkreślają, iż obraz ciała jest częścią struktury „ja” oraz, szerzej, stanowi element poczucia tożsamości. W pracy przyjąłam definicję obrazu ciała, która łączy różne aspekty poruszane przez badaczy cielesności w literaturze:

„Obraz ciała to umysłowa reprezentacja własnego ciała, posiada aspekt poznawczy, afektywny i behawioralny. Obraz ciała zazwyczaj jest nieświadomy, jednak w szczególnych przypadkach może stać się przedmiotem świadomej uwagi. Jest on elementem poczucia tożsamości.”

Badane wymiary, poziomy doświadczenia ciała to:

1. wiedza o ciele i jego funkcjach,
 2. orientacja we własnym ciele,
 3. odrębność od świata zewnętrznego,
 4. wchodzenie w kontakt fizyczny z innymi,
 5. stosunek do własnego ciała.
-

Warunki i mechanizmy kształtowania się obrazu ciała

Zmysły, szczególnie zaś dotyk (Freud w: Eidelberg 1968), oraz więź między matką a dzieckiem (Mahler 1975, Anzieu 1985) są w dużej mierze odpowiedzialne za powstawanie obrazu ciała.

Dotyk jest zmysłem, który jest dla dziecka źródłem zarówno wiedzy poznawczej, jak i emocjonalnej. Dzięki temu, że dziecko dotyka inne osoby i dotyka siebie, ma możliwość zdobywania wiedzy na temat tego, kim jest i jakie jest oraz wiedzy na temat właściwości swojego ciała. Zaś wiedza emocjonalna zdobywana przy pomocy dotyku jest szczególnym rodzajem wiedzy (Olechnowicz 1988).

Kontakt cielesny z matką posiada najważniejsze znaczenie w uczuciowości dziecięcej. Fizyczna opieka nad niemowlęciem - mycie, karmienie, kołysanie - trwająca od czasu narodzin stanowi dla dziecka jednocześnie opiekę psychiczną. Bez spójnej opieki matczynej nie mogłaby się rozwinąć zdolność dziecka do odczuwania, że to właśnie w ciele zamieszkuje jego psychika. A poczucie „ja istnieję” (*going on being*) umożliwia pojawienie się poczucia „ja robię” (*going on doing*) (Winnicott, 1993 i za: Eidelberg, 1968). Zabawy i pieszczoty wyznaczają obszar dziecięcego ciała. Ustalają między matką a dzieckiem pierwszy bezsłowny kontakt, który daje możliwość uczenia się siebie i komunikacji z innymi. Matka dotykając dziecko przekazuje mu całą gamę uczuć i fantazji (Olechnowicz, 1988).

Alexander Lowen (1992) stwierdził, że większość ludzi w naszej kulturze cierpi z powodu deprywacji kontaktu cielesnego, pochodzącej z okresu wczesnego dzieciństwa. Ustosunkowania emocjonalne między osobami przekazywane są przez różną intensywność bodźców dotykowych, długość ich trwania, sposób dotykania. Według niego sposób udostępniania swego ciała w kontakcie często bywa symptomatyczny dla zaburzeń danej osoby. W naszym ciele, jego pozycjach, sposobie poruszania się, zawarte są i ujawniają się nasze stany i konflikty emocjonalne. Kontakt, w którym ciało jest dotykane, bywa źródłem szczególnych doświadczeń emocjonalnych, ponieważ ciało zawiera w sobie pamięć przeszłych wrażeń dotykowych i każda następna relacja tego typu może uruchamiać skojarzenia z przeszłością. Na przykład, wśród dzieci bitych w dzieciństwie można zaobserwować odruch wycofania się i „kurczenia w sobie” na samo wyciągnięcie ku nim ręki. Właściwości dotyku ujawniają się także w języku: „dotknąłeś mnie”, „sztywny z przerażenia”, „zabolało, zraniło mnie to co powiedziałeś” itp.

Podstawowe procesy i doświadczenia wpływające na powstawanie obrazu ciała zachodzą we wczesnym dzieciństwie. Natomiast w późniejszym okresie obraz ciała stopniowo kształtuje się i jest modyfikowany przez wzrost, dojrzewanie, rozwój i różne doświadczenia życiowe (Eidelberg 1968). Również aktualne doświadczenia mogą kształtować obraz ciała.

Doświadczenia traumatyczne

Pojęcie traumy (w języku greckim *traumatikós* oznacza dotyczący ran) odnosi się do reakcji psychiki. Według Z. Freuda trauma to takie przeżycie, które przynosi tak duży przyrost pobudzenia, że normalnymi środkami psychika nie jest w stanie tego przetworzyć. Ego nie ma ani możliwości opracowania treści ani użycia obron. Pojawia się ogromny lęk przed fragmentaryzacją i śmiercią, nie ma miejsca na myślenie i symbolizację. Doświadczenie negatywnych uczuć jest silniejsze niż pozytywnych, co powoduje pojawienie się pierwotnego zaprzeczania oraz regresji do poziomu pierwotnych procesów.

Trudność w opracowaniu psychicznym traumy polega na tym, że dziecko zazwyczaj przeżywa ją na poziomie nieświadomym, jako niepowodzenie rodzica w pełnieniu funkcji rodzicielskiej. Dramat dziecka polega na załamaniu się poczucia opiekuńczych funkcji rodzica. Następuje utrata związku pomiędzy self a chroniącym obiektem rodzicielskim. Pozostawia to pustkę wewnętrzną. Taka przestrzeń psychiczna jest jakościowo podobna do autystycznej (Tracy, 1991). Następuje regresja do wcześniejszych stanów emocjonalnych i wcześniejszego sposobu doświadczania siebie (Zalewska, 1997).

Doświadczanie lęku, bezradności, pustki wewnętrznej jest bardzo bolesne, a także zbyt trudne dla dziecka. Życie psychiczne musi zostać ochronione. Zostają uruchomione mechanizmy obronne: zaprzeczanie, wyparcie oraz dysocjacja. W efekcie pojawia się stan pozornego spokoju, który ratuje od traumy. Odbywa się to jednak pewnym kosztem, gdyż uruchomione mechanizmy mogą w różnych proporcjach, w zależności od różnych okoliczności, wpłynąć na deformację i patologiczny rozwój osobowości, która u dzieci jest dopiero w trakcie organizacji.

W wyniku wydarzeń traumatycznych mogą powstać również zaburzenia adaptacyjne, które zostały wyróżnione w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób - ICD-10. Są to stany napięcia, niepokoju, przygnębienia i rozstroju emocjonalnego, pojawiające się w okresie adaptacji do znaczących zmian ży-

ciowych lub do stresującego wydarzenia życiowego i zazwyczaj utrudniające społeczne przystosowanie i efektywne działanie. Indywidualne predyspozycje oraz wrażliwość odgrywają ważną rolę w genezie i kształtowaniu objawów, ale zakłada się, że zaburzenie to nie wystąpiłoby bez działania czynnika stresowego. Objawy mogą być różnorodne i obejmują: nastrój depresyjny, lęk, zamartwianie się (lub mieszanię tych objawów), poczucie niezdolności do radzenia sobie i planowania na przyszłość oraz pewne ograniczenie zdolności do spełniania codziennych czynności. Mogą również pojawiać się zaburzenia zachowania. Dominującym rysem może być przewlekła reakcja depresyjna bądź inne zaburzenia emocjonalne lub zachowania.

Trauma porzucenia

Utrata ukochanej osoby jest jednym z najbardziej bolesnych doświadczeń człowieka (Bowlby, 1973). Dla dzieci takimi osobami są przeważnie rodzice. Autor wyróżnia dwa rodzaje deprivacji związanej z utratą obiektu: częściową deprivację - gdy matka lub rodzina ma niechętną postawę wobec dziecka lub nieumiejętnie je kocha, oraz całkowitą deprivację - gdy dziecko traci matkę, a nie ma innych bliskich, lub gdy jest odebrane matce. Ważne jest tu podkreślenie, iż utrata obiektu nie musi być wyłącznie elementem rzeczywistego wydarzenia. Może to być fantazja, wiedza lub wyobrażenie dotyczące porzucenia i to może stanowić podstawowy element, który wpływa na reprezentację siebie i obiektu.

Konsekwencje deprivacji częściowej są różne. Jedną z podstawowych jest poczucie samotności, które posiada kilka wymiarów: wycofanie się z kontaktów emocjonalnych, trudność we wchodzeniu w bliskie relacje z innymi ludźmi, liczenie się tylko z własnymi potrzebami, postrzeganie innych jako niezbędnych do zaspokajania własnych potrzeb. Negatywne przeżycia związane z zerwaniem więzi emocjonalnej wywołują lęk przed wejściem w nowy związek i przerwaniem go. Potrzeba miłości jest wyparta, niedopuszczana. Przeżywanie relacji związane jest z przeżywaniem bliskości, toteż budzi silną ambivalencję.

Podstawową konsekwencją całkowitej deprivacji opieki macierzyńskiej jest stan protestu, a następnie depresji (Bowlby, 1973). U małych dzieci objawy podstawowe to: somatyzacja i bezsenność. U dzieci starszych, w okresie latencji, objawy podstawowe depresji bywają następujące: zaburzenia na-

stroju, a szczególnie smutek, poczucie winy i gorszości, spowolnienie psychomotoryczne oraz zaburzenia koncentracji i uwagi (Bowlby, 1973; Lebovici, 1992). Zaburzenia koncentracji i uwagi są rezultatem nasilenia emocji i myśli związanych z utratą i rozłąką. Mogą to być jedyne objawy depresyjne u dzieci. Konsekwencją całkowitej deprivacji bywają również zaburzenia rozwoju tożsamości (Sokolik, 1988), które dotyczą kilku wymiarów (Zalewska, 1997). Pierwszy to zagrożenie poczucia własnego istnienia związane z niemożliwością doświadczenia siebie samego w kontakcie z obiektem. Drugi to uprzedmiotowienie siebie. Trzeci wiąże się z trudnością doświadczenia siebie jako osoby w „kontakcie z”. Czwarty wymiar dotyczy patologii rozwoju tożsamości - rozwoju fałszywego self lub myśli omnipotentnych, mających ochronić przed poczuciem, iż jest się niekochanym, niewartościowym.

Francoise Dolto (za: Zalewska, 1997) zakłada, że jedno z podstawowych pytań, jakie zadaje sobie dziecko w domu dziecka brzmi: „Dlaczego zostałem porzucony, oddany, rozdzielony?” Według niej to pytanie tkwi w dziecku, dotyka samego doświadczenia traumy porzucenia. Próby odpowiedzi są sposobem poradzenia sobie z poczuciem porzucenia, opuszczenia, w taki sposób, aby uchronić swój wewnętrzny świat przeżyć oraz wewnętrzny świat obiektów i relacji z nimi. W celu ochrony pierwotnej więzi z rodzicami (obiektami miłości) dziecko uruchamia różne strategie obronne. W literaturze przedmiotu znajdujemy wyodrębniony zespół opuszczeniowy, opisany w latach 70-tych przez Germaine Guex (Geux, 1973), który opisuje niektóre z nich (Ruchti-Grabowska, 1991).

1. Zaprzeczanie

Przyjmuje różne formy. Zdanie: „oddala mnie, nie chciała mnie” jest zamieniane na: „zostałem zabrany siłą”, „to zły świat, źli ludzie nas rozdzielili”. Dziecko ma poczucie, iż jest chciane, agresja zostaje umieszczona na zewnątrz.

2. Wyparcie

Przeżywanie jest odczuwane jako niebezpieczne samo w sobie, gdy się odczuwa - można cierpieć, gdy się kocha - można utracić przedmiot miłości, gdy się nienawidzi - można zostać ukaranym i odrąconym. Dziecko broni się więc przed lękiem i cierpieniem związanym z potrzebą miłości poprzez wyparcie. Dzieci z domu dziecka są często narażone na wielokrotne doświadczenie (w świecie zewnętrznym i wewnętrznym) opuszczenia. Przeżycia z tym związane są więc względnie łatwo dostępne świadomości. Przeżycia te nie zostają ani zaakceptowane ani w

pełni wyparte. Pozostają stale żywe, piętnując zarówno życie emocjonalne, jak i zachowanie. Tragedia dziecka opuszczonego polega na tym, iż pragnąc ponad wszystko miłości i zaakceptowania, nieświadomie prowokuje swoim zachowaniem odrzucenie lub też, bardziej lub mniej świadomie, odrzuca jako pierwsze.

3. Agresja

Agresja odczuwana jest pierwotnie do obiektu miłości, który porzucił. Jednocześnie, z lęku przed utratą więzi z ukochanym obiektem, zostaje ona skierowana do wewnątrz w formie depresji i manifestuje się przez okaleczanie siebie - fizyczne i psychiczne lub na zewnątrz jako agresja czynna i bierna.

4. Okaleczenie siebie

Następuje poprzez fantazje okaleczające obraz siebie i swojego ciała. „Ona mnie nie chciała” jest często zamieniane na: „nie jestem chciany, nie jestem wart tego, aby mnie kochano”. Dzieci mówią, iż są odrzucane i niechciane, jakby drugiej kategorii. Na poziomie pierwotnego myślenia wyraża się to w poczuciu dziecka, iż jest uszkodzone, kalekie, gorsze, w pewien sposób upośledzone. Wyraża się to też w fantazjach, iż jest się odmiennym lub naznaczonym.

5. Obwinianie siebie

Poczucie winy wiąże się z poczuciem „kary za swoje grzechy”. Dziecko wini się za to, że było niegrzeczne, sądzi, że za karę straciło rodziców. Zdanie: „rodzic nie mógł mnie utrzymać, nie miał możliwości być ze mną, nie chciał” zostaje zamienione na fantazję, iż to „z mojego powodu rodzic mnie oddał, byłem niegrzeczny, źle się uczyłem”.

Konsekwencje traumy mogą dotyczyć różnych wymiarów tożsamości, w tym obrazu własnego ciała, i różnych sfer funkcjonowania dziecka: emocjonalnej, intelektualnej, psychofizycznej, funkcjonowania społecznego. Używając metafory teatru dla wewnętrznej przestrzeni psychicznej, można powiedzieć, iż obraz ciała może stać się jedną ze scen dla rozgrywanego dramatu wewnętrznego.

Obraz ciała w badanej grupie dzieci

Osoby badane były wychowankami jednego z warszawskich domów dziecka. Siedem dziewczynek i siedmiu chłopców, łącznie 14 osób. Wiek dzieci wynosił od 9 do 12 lat. Wszystkie miały co najmniej jednego z rodziców. Czas pobytu w domu dziecka był zróżnicowany od 0,5 roku do 5 lat. W pracy ma-

gisterskiej w wyniku analizy symptomów ujawnianych przez badane dzieci oraz ich historii, przyjęte zostało, iż doświadczyły one traumy porzucenia i skutków z tym związanych.

Badanie miało charakter kliniczny. Obejmowało wywiad, obserwację oraz próby zachowań dotyczące obrazu ciała (w sumie kilka spotkań), badanie w sytuacji autokoncentracji (skupienie uwagi na swoim wyglądzie, projekcja uczuć, myśli dotyczących siebie): rysunek swojej osoby i opis siebie przed lustrem, rozmowę z dzieckiem dotyczącą historii jego życia, wywiad z wychowawczynią oraz informacje na temat dziecka uzyskane z dokumentacji. Kryterium oceny danych zostało utworzone w oparciu o literaturę.

W badanej grupie dzieci wyłoniło się kilka prawidłowości:

1. „Okaleczony” obraz ciała

Najbardziej wyraźny związek zaistniał między traumą porzucenia a stosunkiem do własnego ciała. Obraz siebie badanych dzieci został uszkodzony, „okaleczony”, co wyraziło się także w stosunku do własnego ciała. Dzieci, szukając odpowiedzi na pytanie: „dlaczego zostałem porzucony i oddany, dlaczego jestem w domu dziecka?”, obwiniają siebie, postrzegają się jako brzydkie, złe, ze skazą, felem. Niekiedy fantazje te mogą być bardzo silne, bliskie urojeniu. Dzieci, próbując zachować wewnętrzną więź z rodzicami (obiektami miłości), idealizują ich; kierując agresję do wewnątrz doświadczają silnego poczucia winy i gorszości. W sobie szukają wad, braków (psychicznych i fizycznych), które spowodowały to, że nie są kochane wartościowe, że przebywają w domu dziecka.

Badane dzieci miały też dużą trudność w dbaniu o własną higienę i wygląd. Nie chciały się myć, obojętne im było to, w co są ubrane, jak wyglądają. Jedna z dziewczynek, zawsze gdy została ładnie ubrana, szła do piaskownicy i tarzała się w niej.

Na sytuację autokoncentracji - rysunek swojej osoby i opisanie siebie przed lustrem - dzieci w większości reagowały niechęcią, wycofaniem, agresją. Jedna z dziewczynek nie była w stanie stanąć naprzeciwko lustru, w końcu siadła bokiem, tak że mogła zerkać na lusterko. Siedziała przygarbiona, z włosami opuszczonymi na twarz, mówiła, że inaczej nie może siedzieć.

Inny chłopiec miał trudność w zobaczeniu siebie w lustrze, widział ścianę, kable, piórnik (rysunek 1).

Wypowiedane przez dzieci treści dotyczące wyglądu: Chciałabym być ropuchą, bo ropucha jest ładniejsza ode mnie.

Nic mi się nie podoba, mam brzydkie włosy, jestem cała brzydka.

Mam garba, jestem najbrzydsza na świecie, mam zęza. Moja siostra jest ładniejsza ode mnie, ja jestem brzydka. Mam tę myszkę, przez nią nikt mnie nie lubi. Jestem taki mały chudzielec ...bez sensu (rysunek 2). Będę kulawy, będę miał wypadek pewnie... (rysunek 2).

Dotyczące obrazu siebie:

Niczym się nie wyróżniam ... może tym, że mam zły, straszny charakter (rysunek 4a/4b).

Jestem spokojny, byle jaki... (rysunek 1).

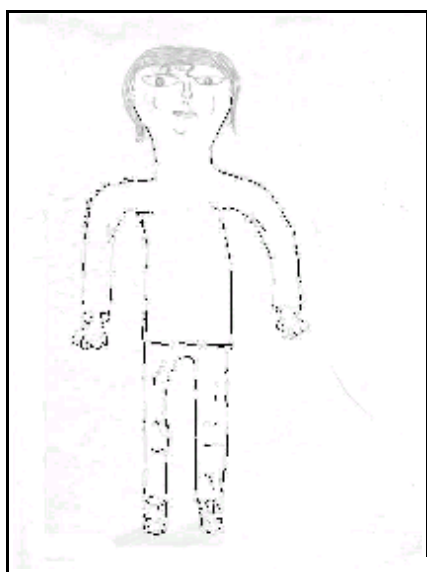
2. Depresja

Jednym z efektów traumy porzucenia jest depresja u dzieci, związana ze stratą. U niektórych dzieci można wskazać symptomy depresyjne, które odzwierciedlają się w opisanym powyżej negatywnym postrzeganiu siebie, a także w aspekcie orientacji we własnym ciele, badanym na wymiarach: ekspansji ruchowej i przestrzennej, zakresu aktywności ruchowej i sposobu poruszania się oraz odbioru doznań fizycznych.

W badanej grupie pokazały się duże rozbieżności pomiędzy potencjałem fizycznym i ruchowym a rzeczywistą sprawnością fizyczną oraz mały zakres aktywności ruchowej. Dzieci te są mało ruchliwe, apatyczne, trudno im podjąć aktywność fizyczną.

Wypowiedź dziecka: ... nie jestem zgrabna w ogóle ... nie mam sił gimnastycznych...

Z relacji wychowawczyń: jest blady, chudy, ciągle śpiący, ciągle zmęczony; snuje się a nie żyje, wygląda jakby skupiły się w nim wszystkie nieszczęścia świata (rysunek 3).



Rysunek 1

Eliasz, lat 11,5. (Rys. 1)

Ma dwie młodsze siostry; w domu dziecka są od 0,5 roku.

Rodzice - obydwójce pili, narkotyzowali się. Matka jest osobą chorą psychicznie. Ojciec bił i torturował dzieci, zwłaszcza Eliusza. Obecnie kontakt z dziećmi utrzymuje matka. Jednak chłopiec w trakcie wizyt unika kontaktu z nią.

Chłopiec jest bardzo spokojny, unika kontaktów z siostrami, również z innymi dziećmi. Ma okresy obniżonego nastroju; staje się wtedy bierny, płaczący. Bardzo lubi matematykę (mówi: „wolę liczyć niż myśleć”) i czytanie książek.

Przy rysowaniu siebie miał dużą trudność, aby zrozumieć polecenie, w końcu powiedział: „narysuję byle co”. W opisie siebie przed lustrem **nie widzi swojego odbicia**. Mówi: „widzę ścianę, kawałek krzesła... bluzkę... włosy... ścianę i kabel... więcej nic nie widzę”.



Rysunek 2

Mirek, lat 11,5. (Rys. 2)

Ma starszego o rok brata, obaj są w domu dziecka od 5 lat. Reszta rodzeństwa - trzy siostry - została oddana do płatnej adopcji za granicę.

Dzieci oddała do domu dziecka matka ze względu „na brak środków do życia”.

Matka - pracuje jako prostytutka, po odejściu ojca dzieci wielokrotnie zmieniała partnerów, skoncentrowana na sobie, roszczeniowa wobec domu dziecka. Ojciec - alkoholik, często robił awantury, demolował mieszkanie, po czym je remontował. Dzieci były bite, zaniedbane fizycznie, niedożywione, brudne. Podejrzenie nadużycia seksualnego. Ojciec nie utrzymuje kontaktu z synami, matka - nieregularnie, chłopcy nigdy nie wiedzą kiedy zostaną zabrani do domu. Matka cały czas podtrzymuje nadzieję, że już niedługo je weźmie. Dzieci postrzegają ją bardzo idealistycznie.

Mirek od czasu przyjęcia do domu dziecka zmienił się. Pojawili się zaburzenia zachowania, stał się bardziej infantrylny. Prezentuje skrajne zachowania od zniechęcenia i apatii do ataków agresji, które ostatnio się nasiliły. Popuszcza kał, zdarza mu się odmawiać jedze-

nia. Jest postrzegany jako wybuchowe, ale i wrażliwe dziecko. Wzbudza sympatię opiekunek.

Sytuacja rysunku siebie i opisu przed lustrem wzbudziła w nim wiele ambiwalentnych emocji. Opisując siebie fantazjował na temat chęci bycia „super bohaterem, super sportowcem, silniejszym, większym, mądrzejszym i lepszym, a nie takim chudzielcem małym bez sensu”. Rysując siebie, cały czas mówił z niechęcią i niezadowoleniem o rysunku - „taką karykaturę namaluję” - krytykował siebie, kilka razy wycierał gumką i rysował ponownie. Chłopiec obronnie utrzymuje omnipotentne i życzeniowe fantazje na temat swój, matki i sytuacji pobytu w domu dziecka („już niedługo stąd wyjdziemy, tylko mama musi zarobić pieniądze”). Jednocześnie w konfrontacji z rzeczywistością przeżywa niepewność, złość, lęk, poczucie opuszczenia, zagrożenie utratą nadziei i idealnego obrazu matki. Rysując kule u nogi mówi: „będę kulawy, będę miał pewnie wypadek”.



Rysunek 3

Mateusz, lat 11,8. (Rys 3)

Ma dwanaścioro rodzeństwa. Część pracuje, część jest w szkołach specjalnych z internatem, chłopiec z młodszą siostrą są w domu dziecka od 4 lat.

Rodzice - nie pracowali, obydwójce pili. W domu były częste awantury, dzieci były bite, niedożywione, często były świadkami scen seksualnych. Rodzice nie kontaktowali się z dziećmi. Czasami do domu zabiera je starsza siostra.

Mateusz jest chłopcem apatycznym, wycofanym, ciągle śpiącym. Bardzo często choruje, sam mówi, że „najchętniej leżałby w łóżku”. Od śmierci ojca (miał 9 lat) jest bardziej wycofany, zamknięty w sobie, wychowawczyni opisuje go, iż „snuje się a nie żyje”.

Siebie rysuje **szybko, ledwo widoczną kreską, z pustymi konturami**. Przed lustrem mówi, że nie umie siebie opisać. Odpowiada krótko na pytania dotyczące wyglądu, odwraca wzrok od lustra. Chłopiec **robi wrażenie niewidocznego**, nieistniejącego, przeżywającego olbrzymie cierpienie i pustkę.

3. Somatyzacja

Ogólna słabowitość u niektórych dzieci pozostaje w związku z tendencjami regresyjnymi do stanu małego, słabego dziecka, które wymaga dużo opieki, miłości (Gracka, 1993). Częste choroby pozwalają doświadczać siebie głównie w obszarze cielesnym, dostarczają potwierdzenia, że ciało należy do osoby, jest żywe. Somatyzacja jest też wyrazem doświadczenia i komunikowania psychologicznego cierpienia. A tendencja do „odpowiadania” na stres symptomem somatycznym może być powiązana z niezdolnością do różnicowania doświadczeń fizycznych od psychicznych (Rodin, 1991).

W wyniku doświadczeń traumatycznych, emocje z nimi związane zostają zablokowane, zamienione na symptomy cielesne, a zdolność do „somatopsychicznego” różnicowania - zatracona. Winnicott (za: Gracka, 1993) widzi w tym słabość ego. Zablokowana ekspresja emocji może wiązać się ze słabowitym, ospałym ciałem (Lowen, 1992), z małą orientacją we własnym ciele.

Wypowiedzi opiekunki:

Jest ciągle chora na wszystko. W szkole ciągle przebywa u pielęgniarki. Cały czas ją coś boli, najczęściej w okolicy przelyku.

Chłopiec często choruje, sam mówi, iż najchętniej leżałby w łóżku (rysunek 3).



Rysunek 4a

Kasia, lat 10. (Rys 4a/4b)

Ma troje rodzeństwa, dwoje dorosłych. Ona ze starszym bratem od 4 lat są w domu dziecka. Dzieci zostały oddane do domu dziecka przez ojca, dwa lata po śmierci matki. Matka zmarła po ciężkiej i długiej chorobie. Ojciec - alkoholik, nie był w stanie zajmować się dziećmi. Wkrótce po oddaniu dzieci przestał się z nimi kontaktować. Obecnie dzieci mają sporadyczny kontakt ze starszym bratem. Jednak Kasia jest przez niego nie lubiana, rzadko zabiera ją do domu.

Dziewczynka w domu dziecka jest postrzegana jako zbuntowana, nieprzystępna, kompletnie niedbająca o siebie. Rzadko nawiązuje kontakt emocjonalny i fizyczny.

Jest nielubiana przez dzieci i dorosłych. Popuszcza kał, zdarza jej się wpadać w stan całkowitego zniechęcenia. Gdy jest chora, skaleczy się czy uderzy, twierdzi, że „nic nie czuje”, nie szuka pomocy, sprawia wrażenie jakby nie czuła bólu.

W sytuacji autokoncentracji dziewczynka była bardzo zaskoczona. Miałam wrażenie, że próbuję skonfrontować Kasię z kimś zupełnie jej nieznanym, obcym. Przy opisie siebie nie jest w stanie nic powiedzieć, dopytana - wyraża same negatywne myśli na swój temat: „niczym się nie wyróżniam... mam zły straszny charakter... jestem cała brzydka... chciałabym być ropuchą, bo ropucha jest ładniejsza ode mnie”. Dziewczynka rysując siebie pokazuje dwie twarze - smutną i bezbarwną oraz uśmiechniętą i kolorową. Oba rysunki to niekompletne, odcięte od reszty ciała głowy. Jej trudności w opisanu siebie i brak części postaci na rysunku oraz jego podwójność korespondują z brakiem czucia, zamieraniem - obronnym odcinaniem, zniechęceniem na doznania z zewnątrz oraz na bolesne doświadczenia wewnętrzne, poczucie straty, opuszczenia, pustki i związanego z tym cierpienia.



Rysunek 4b

4. Zaburzenie granic ciała i wchodzenia w kontakt z innymi

Badane dzieci w większości miały słabe poczucie odrębności od świata fizycznego, co wyraża się też w zaburzonych granicach ciała: granice słabe, bardzo przepuszczalne (5 dzieci) lub usztywnione, mało przepuszczalne (5 dzieci). Odnosi się to również do sposobów wchodzenia w kontakt. Dzieci te mimo ogromnej potrzeby bliskości, często unikają kontaktu, usztywniają się w kontakcie fizycznym, nie potrafią go nawiązać (7 dzieci) lub nieustannie poszukują bliskości w kontaktach fizycznych z wieloma osobami dorosłymi (2 dzieci). U dzieci sztywnych, odrzucających, ich zachowania można rozumieć jako reakcję wynikającą z lęku przed odrzuceniem. „Odrzucam, aby nie być odrzuconym” - działa jak mechanizm obronny zapobiegając groźbie przeżywania uczucia utraty miłości i odrzucenia przez

innych (Ruchti-Grabowska, 1991); odrzucanie jest próbą dawania sobie rady z traumą przez reaktywowanie jej. Może to mieć charakter stały i kompulsywny (Freud, 1997). Reaktywowanie traumy może być uruchomione przez proste zewnętrzne bodźce. Zachowanie takie uniemożliwia proces żałoby, gdyż świadomość nie toleruje separacji i utraty obiektu (Zalewska, 1997). Jednak daje poczucie kontroli i doświadczenie panowania nad tym co traumatyczne oraz umożliwia identyfikację z obiektem, który był przeżywany jako sprawca nieszczęścia.

Wypowiedzi opiekunki:

Unika kontaktu wzrokowego i fizycznego. Nigdy nie przychodzi po pomoc ani po to aby go przytulić, pogłaskać (rysunek 4a/4b).

Na początku, przez pierwsze pół roku pobytu w domu dziecka, przyzwyczajaliśmy [wychowawczynie] Sebastiana, że wyciągnięcie ręki w kierunku policzka oznacza chęć pogłaskania, a nie bicia. Dziecko było całe spięte, zeszywniałe, nie potrafiło zrobić skłonu.

Niektóre dzieci nieustannie poszukują bliskości w kontaktach fizycznych. Ich zachowania można rozumieć jako tendencje regresywne w obronie słabego Ja. Pozostając cały czas w kontakcie dziecko doświadcza poczucia istnienia, nie czuje się opuszczone. Utrata poczucia granic własnej osoby w takim kontakcie może się wiązać z fantazją o połączeniu z matką z okresu symbiozy, dając poczucie bezpieczeństwa (Sokolik, 1988).

Wypowiedzi opiekunki:

Całe życie spędziłaby na kolanach. Obcałowuje, przytula się.

Wcześniej biegła po całym domu dziecka i przytulała się do każdego, teraz ograniczyła się do grupy.

5. Związki między wiedzą o ciele i jego funkcjach oraz orientacją we własnym ciele a stosunkiem do własnego ciała

Dzieci, które przypisują emocjonalną wartość swojemu ciału, mają też bardzo dobrą orientację w ciele i duży poziom wiedzy o nim, bardzo dokładnie opisują swoje ciało (2 dzieci). Dzieci, które przypisują małą emocjonalną wartość swojemu ciału, wykazują też rozbieżność między potencjałem ruchowym a rzeczywistym stopniem aktywności ruchowej.

6. Diagnoza obrazu ciała

W badanej grupie dzieci pokazuje, iż aspekt wiedzy o ciele i jego funkcjach (niski poziom miało 1 dziecko) nie podlega zaburzeniom.

Dzieci wymieniające funkcje skupiają się na podstawowych czynnościach życiowych i fizjolo-

gicznych. Często pojawia się element siły, przemocy.

W dalszych badaniach interesujące byłoby porównanie obrazu ciała u dzieci, które przeżyły traumę porzucenia, przebywających w domu dziecka i dzieci z pełnych rodzin, mieszkających z rodzicami, w celu zbadania podobieństw i różnic. Wiek dziecka może też wpływać na sposób postrzegania własnego ciała. U starszych dzieci, w wieku preadolescencji, wzrasta zainteresowanie własnym ciałem, co także wydaje się interesującym obszarem podobnych badań.

Bibliografia

- Anzieu D.**, 1985, *Moi-peau*, Paris: Dunod.
- Bowlby J.**, 1973, *Attachment and Loss: Vol. 2, Separation: Anxiety and Anger*. New York: Basic Books.
- Eidelson L.**, (red.) 1968, *Encyclopedia of Psychoanalysis*, London: The Free Press.
- Fisher S., Claveland S.**, 1958, *Body image and personality*, Princeton: D. Van Nostrand Company.
- Freud A.**, 1997, *Ego i mechanizmy obronne*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Gallagher, Cole**, 1995, *The Journal of Mind and Behavior*, vol. 16, nr. 4, s. 390-396.
- Gracka M.**, 1993, *Problem somatyzacji stanów psychicznych - perspektywa psychologiczna*, *Nowiny Psychologiczne*, 4, 67-76.
- Guex G.**, 1973, *Le syndrome d'abandon*, Presses Universitaires de France
- Kepner J. I.**, 1991, *Ciało w procesie psychoterapii Gestalt*, Warszawa: Pusty Obłok.
- Laing R. D.**, 1995, *Podzielone Ja*, Poznań: Rebis.
- Laplanche J., Pontalis J. B.**, 1996, *Słownik psychoanalizy*, Warszawa: WSiP.
- Lebovici S.**, 1992, *Depresja u dzieci*, w: Walewska K. (red.), *Depresja: ujęcie psychoanalityczne*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Lowen A.**, 1992, *Duchowość ciała*, Warszawa: wyd. Jacek Santorski.
- Mahler M.**, 1975, *The psychological birth of human infant*, New York: Basic Books.
- Olechnowicz H.**, 1988, *U źródeł rozwoju dziecka*, Warszawa.
- Rodin G. J.**, 1991, *Somatization: a perspective from self psychology*, *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 19, 367-384.
- Ruchti-Grabowska M. J.**, 1991, *Przypadek Daniela, czyli zespół opuszczeniowy*, w: Sokolik M. (red.), *Kliniczne studia przypadków*. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Sokolik M.**, 1988, *Kliniczna problematyka poczucia tożsamości*, Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Tracey N.**, 1991, *The psychic space in trauma*, *Journal of Child Psychotherapy*, 2, 29-45.
- Winnicott D. W.**, 1993, *Dziecko, jego rodzina i świat*, Warszawa: wyd. Jacek Santorski.
- Wolak K.**, 1989, *Problematyka badań nad tożsamością własnej cielesności*, *Przegląd Psychologiczny*, 4, 937-956.
- Zalewska M.**, 1988, *Terapia niewerbalna dzieci głuchych z zaburzeniami rozwoju Ja*, w: Kościelska M. (red.), *Studia z psychologii klinicznej dziecka*, Warszawa: WSiP.
- Zalewska M.**, 1997, *Wykłady na Wydziale Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego: Psychologiczne mechanizmy zaburzeń rozwoju dziecka*.

Streszczenie

Artykuł jest prezentacją podstaw teoretycznych i wyników badań zawartych w pracy magisterskiej pt. „Obraz ciała u dzieci z traumą porzucenia - wychowanków domu dziecka”. Praca została napisana pod kierunkiem prof. Małgorzaty Kościelskiej, w katedrze psychologii klinicznej dziecka Uniwersytetu Warszawskiego.

Celem pracy była próba zbadania obrazu ciała u dzieci z domu dziecka, które doświadczyły traumy porzucenia. Obraz ciała był rozpatrywany jako element poczucia tożsamości. Został opisany w kilku aspektach doświadczania własnej cielesności.

W procesie kształtowania się obrazu własnego ciała została podkreślona rola dotyku i opieki matczynej we wczesnych fazach rozwoju dziecka. W rozumieniu powstawania obrazu ciała aktualnie wiodąca koncepcja „ja skórno” Didiera Anzieu okazała się niezwykle nośna. W pracy przedmiotem zainteresowania była trauma porzucenia, rozumiana i opisana przez symptomy ujawniane przez dzieci oraz ich wewnętrzne poczucie związane z porzuceniem, a także skutkami, jakie ono powoduje.

W badaniu brało udział 14 dzieci - wychowanków jednego z warszawskich domów dziecka - w wieku od 9 do 12 lat. Badanie miało charakter kliniczny. Analiza wszystkich dzieci dostarczyła danych do odpowiedzi na pytania badawcze (używając języka D. Anzieu): jakie ślady na „skórce” pozostawiło po sobie raniące doświadczenie bycia opuszczonym?

Summary

A Traumatized Child's Image of the Body

This is a presentation of the theoretical basis and research findings of an MA thesis entitled “The Image of the Body by Children Suffering from the Trauma of Abandonment - Children in Orphanages”. The paper was written under the direction of Prof. Małgorzata Kościelska from the Child Clinical Psychology Department at the University of Warsaw.

The thesis was an attempt to research the image of the body as seen by children growing up in orphanages,

who have experienced the trauma of being abandoned. The image of the body was examined as an element of the sense of identity. It was described through a number of aspects of experiencing one's own body.

During the process in which the image of one's own body takes shape, the role of motherly touching and caring in the early stages of childhood was emphasised. Another interesting concept in the context of forming the image of one's body is the „skin self”, as described by Didier Anzieu. The author was interested in the trauma of abandonment, as understood and illustrated through symptoms revealed by children as well as their internal feeling

connected with being abandoned and the consequences thereof.

Fourteen children from a Warsaw orphanage, ages 9 to 12, took part in the research, which was clinical in nature. In analysing the results, the aim was to establish links between particular aspects of children's images of the body and their experience of trauma after being abandoned. An analysis of all the children provided data used to answer the research question as asked in the language of D. Anzieu: What traces does the painful experience of being abandoned leave on the „skin”?