

JOANNA LESSING-PERNAK

Instytut Psychologii,
Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy
Institute of Psychology,
Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz
joannalessing-pernak@wp.pl
lesperjo@ukw.edu.pl

Rozwój na granicy normy i patologii. Studium przypadku trzyletniego chłopca z wadą wzroku

Development on the edge of normality and pathology. Case-study of a three-year-old boy with visual impairment

Key words: integration approaches, developmental pathways, externalizing disorders, attachment disorders

Słowa kluczowe: integracja podejść, ścieżka patologizacji, zaburzenia eksternalistyczne, zaburzenia więzi

Abstract. The aim of the work is to present a clinical study of a development path using the theoretical model of developmental pathways (Pickles, Hill, 2006). The subject of the study, a three-year-old boy, came into the world through complicated labor which ended in cesarean section. He displayed characteristics of insecure-avoidant attachment. Moreover, he had a visual defect. The study describes the crisis at the beginning of preschool education. Adaptive irregularities arising from these burdens, but also the lack of competence and support from the preschool staff meant that the boy began to show features of mental disorders functioning. At this time independent specialists diagnosed mental retardation and attention deficit with hyperactivity disorder. Through correcting the vision problems, working on the relationship, changing the preschool facility and introducing cognitive-behavioral techniques the abnormal development of the boy returned onto the correct track. The aim of the work is to show the path of corruption in the development of mental disorder in the three-year-old boy. The developmental pathways approach takes into account the role of a wide range of internal factors (biological, social and psychological) as well as external ones – environmental and those concerning the effect of time and place, both in the development of pathology, and in turning to pathology as a way to return to normal development.

WPROWADZENIE

Ścieżki rozwoju patologizacji (*developmental pathways*) to metafora skonstruowana przez Andrew Picklesa i Jonathana Hilla (Pickles, Hill, 2006), mająca już swoje ustalone miej-

sce w polskiej literaturze przedmiotu. Twórcy koncepcji *developmental pathways* użyli kombinacji słów: „rozwój” oraz „droga”, nadając im nowe pogłębione znaczenie. Słowa te są już w języku potocznym znane i dość adekwatnie rozumiane, jednak użycie ich w związku fra-

zeologicznym nadaje im nowe znaczenie. *Way* to droga, bieg, stan, szlak, trakt, sposób postępowania, przejście, metoda, branża. *Path* to w znaczeniu informatycznym – ścieżka dostępu, sportowym – bieżnia, a technicznym – trajektoria, ale *path* to także rdzeń słowa *pathology*, które oznacza zaburzenie. To tak jakby w głębszym znaczeniu językowym: każda droga prowadziła do zmiany, odmiany, czyli zaburzenia, czy też zawierała w swoim polu semantycznym potencjalne zaburzenie. Rozumując dalej, zaburzenie to odmiana, przemiana związana z pokonywaniem drogi, tzn. zaburzenie rozwija się w czasie i w kontekście sytuacyjnym przy uwzględnieniu właściwości i aktywności podmiotu. I tu oba znaczenia się splatają i implikują znaczenia mieszczące się dokładnie na styku psychologii rozwojowej i klinicznej. Koncepcja teoretyczna *developmental pathways* ma w polskiej myśli psychologicznej długą tradycję – Halina Spionek (1985) w swoich badaniach skonstruowała metodę analizy kliniczno-ontogenetycznej, a Małgorzata Kościelska (1995) stworzyła koncepcję dróg dojścia do patologizacji rozwoju psychiki.

CEL

Celem pracy jest ukazanie, że w psychologii klinicznej dziecka czy też w praktyce klinicznej przyjęcie teoretycznej konstrukcji *ścieżki patologizacji* daje szansę zrozumienia procesów rozwojowych i patologizacyjnych z uwzględnieniem dynamiki czasu i miejsca, a zatem wielowymiarowo, bez koncentracji na patologii. Podejście takie umożliwi odkrycie nowych dróg w diagnozowaniu i rozumieniu pacjenta. Pojęcie to wykracza poza ramy rozumienia patologii w kategoriach klasyfikacji diagnostycznych, uwzględnia proces rozgrywający się w czasie i przestrzeni oraz jego dynamikę. Podejście do pacjenta w nurcie modelu *ścieżki patologizacji*, pozwala zrozumieć i zintegrować czasami sprzeczne diagnozy postawione w ciągu kilku lat jednej osobie przez różnych specjalistów. Jest to podejście integracyjne, w którym myślenie o problemie

pacjenta w kategoriach teorii przywiązania (Wallin, 2011) i stosowanie technik poznawczo-behawioralnych (Kendall, 2000) nie wykluczają się, bo łączy je perspektywa ścieżki indywidualnego rozwoju.

MATERIAŁ I METODY BADANIA

Prezentowane poniżej studium przypadku trzyletniego chłopca powstało w toku badań klinicznych prowadzonych w Akademickim Centrum Pomocy Psychologicznej (ACPP) działającym pod kierownictwem prof. dr hab. Małgorzaty Kościelskiej przy Katedrze Psychologii Klinicznej w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy. Proces diagnostyczno-terapeutyczny był prowadzony w roku akademickim 2010–2011 pod kierunkiem autorki, opierał się głównie na założeniach teoretycznych *play therapy* sformułowanych przez Virginię Axline (1969) rozszerzonych o wykorzystanie kilku innych technik, metod i procedur badawczych pochodzących z odmiennych nurtów teoretycznych. Wykorzystano zmodyfikowaną na użytek sytuacji diagnostycznej procedurę sytuacji obcej Mary Ainsworth (Ainsworth i in., 1978) (modyfikację opisano w dalszej części tekstu), badanie skalą Columbia, a do procesu terapeutycznego wprowadzono techniki poznawczo-behawioralne.

Sposób analizy i prezentacji studium przypadku opiera się na założeniach teoretycznych metafory ścieżki rozwoju patologizacji, która pozwala na wielowymiarowe przedstawienie dróg wiodących do patologii rozwoju psychiki, a także ścieżek z niej wyprowadzających.

Studium przypadku

Borys (3 lata) trafił do ACPP niespełna dwa miesiące po rozpoczęciu edukacji przedszkolnej. Nauczycielka domagała się usunięcia chłopca z przedszkola publicznego, do którego uczęszczał, gdyż już od pierwszych dni jego pobytu w placówce uznała, że jego zachowanie jest zaburzone. Opinia ta została potwierdzona w wyniku badania psychologicz-

nego na terenie placówki, podczas którego Borys otrzymał diagnozę upośledzenia umysłowego. Również pierwsza pięciominutowa wizyta u neurologa uzupełniła pakiet diagnoz o rozpoznanie nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi.

W przedszkolu zgłaszano wiele uwag dotyczących zachowania dziecka: chłopiec nie wykonuje poleceń, nie bawi się z dziećmi, nie nawiązuje z nimi życzliwych relacji, nie uczestniczy we wspólnych zadaniach, bije, popycha, kopie, wszystko psuje, niszczy, w konkluzji – nie może zostać dłużej w przedszkolu publicznym. Musi znaleźć miejsce w placówce specjalistycznej.

Borys energicznie i z uśmiechem na ustach wbiegł do ACP; szybko wzbudził sympatię prowadzących spotkanie. Żywiołowo zaczął przegłądać zabawki, wydawało się, że najchętniej bawiłby się wszystkimi naraz. Pierwszą zabawką, jaką się zainteresował, był bączek, któremu poświęcił przez chwilę dużo wnikliwej uwagi, aby porzucić go na korzyść czegoś bardziej hałaśliwego – uderzania pałeczkami w cymbały. Po spektakularnym i dość głośnym zaistnieniu w obszarze dźwięków, które było symbolicznym wyrażeniem: „muszę być głośno, żeby mnie dostrzeżono”, Borys oddał się zabawie konstrukcyjnej z klocków. Refleksja nad istnieniem w sferze dźwięków niebawem nabrała dla autorki podwójnego znaczenia.

Borys ułożył z klocków tor przeszkód, który najpierw pokonywały samochody, a później on sam. Dobudował jeszcze dodatkową część z ławeczek i wielkich poduszek, a z pomocą studentek psychologii uczestniczących w spotkaniu rozpoczął „trening”, który zakończył wspinaczką na drabinki i skokiem na poduszki.

Już podczas pierwszej konsultacji Borys zaprezentował dużą żywiołowość, a w związku z faktem, że podążano za nim, spełniano jego oczekiwania i nie zaznał podczas sesji żadnej frustracji, nie pojawiła się okazja, aby zobaczyć siłę negatywnych aspektów jego funkcjonowania. Był ruchliwy, sprawny fizycznie i jak na swój wiek odważny. Jego sposób poruszania się, a zwłaszcza sposób przyglądania się małym przedmiotom sugerował

wadę wzroku. W toku wywiadu ustalono, że w ubiegłym roku miał nieprecyzyjnie zdiagnozowaną wadę wzroku na poziomie 3 dioptrii, ale okulary uległy zniszczeniu. W najbliższym czasie miała zostać dokonana kolejna diagnoza wady wzroku.

Borys był zdolny do skupienia i koncentracji uwagi przez pewien czas, jednak częściej wykazywał dużą jej przerzutność. Był niezwykle pomysłowy w zabawie i posiadał umiejętność śmiałego nawiązania kontaktu i współpracy z dorosłymi pomimo ogromnych trudności werbalnych. Podczas pierwszego spotkania chłopiec prawie nie mówił – wypowiadał kilka słów we własnym języku. Na kolejnych spotkaniach, które odbywały się kilkakrotnie w ciągu dwóch miesięcy, pojawiał się jednak w okularkach i artykułował pierwsze wyrazy. Koincydencja ta wprawiła obecnych w zadziwienie, choć uznano ją za nieprzypadkową. Uczył się nawet kilkunastu słów dziennie. Utwierdzało to zebranych w przekonaniu, że dziecko, które ma takie rezerwy rozwojowe, trzeba uchronić przed wczesnym orzeczeniem i wprowadzeniem na ścieżkę ustalonej patologii rozwoju psychicznego.

Pochopność i brak uważności specjalistów w stawianiu diagnoz, zwłaszcza nadpobudliwości psychoruchowej u chłopców, jest zjawiskiem dość powszechnym. Niesłuszna diagnoza, zwłaszcza w sytuacji problemów i nieudolności wychowawczych po stronie rodziny, ma niezwykle jatrogenne skutki. Decyzja o wczesnym wspomaganie czy o orzeczeniu niepełnosprawności powinna być przeanalizowana na podstawie szerszych konsultacji specjalistycznych, danych ze środowiska przedszkolnego i rodzinnego. W opinii autorki wskazane jest, aby była poprzedzona wsparciem rodziców w procesie wychowawczym, na przykład poprzez ofertę popularnej ostatnio Akademii Rodziców. Wtedy dopiero diagnoza może być szansą dla dziecka.

Borys przyszedł na świat jako drugie dziecko swojej mamy, po wyczerpującym, wielogodzinnym porodzie, zakończonym cesarskim cięciem, co zazwyczaj stanowi sytuację obciążającą kształtowanie się więzi pomiędzy matką i dzieckiem (Lessing-Pernak, 2010). Na

podstawie obserwacji zachowania podczas spotkania w ACP, a w szczególności w trakcie realizacji zmodyfikowanej procedury sytuacji obcej (Ainsworth, Blehar, Waters, Wall, 1978) można było zaobserwować pewien rodzaj deficytu w zakresie relacji pomiędzy matką i dzieckiem (Brazelton, Cramer, 1990). Chłopiec wkroczył na obcy teren samodzielnie, bez nawiązywania i podtrzymywania kontaktu z mamą, przez cały czas pobytu nie zwrócił się do matki w żadnej sprawie, nie dzielił się z nią odkryciami, radościami, nie komunikował żadnych potrzeb, które matka mogłaby zaspokoić. To z inicjatywy mamy napił się i zdjął za ciepły sweterek. Przez całe spotkanie nie korzystał z matki w żaden sposób, ani jako bezpiecznej bazy, ani nawet zupełnie przedmiotowo. Można powiedzieć, że był samodzielny, z pewną niespotykaną w jego wieku skłonnością do samotnictwa. Koniec sesji spotkał się z protestem ze strony dziecka, które nie chciało przerywać zabawy. Z inspiracji i inicjatywy mamy postanowiono przeprowadzić eksperyment wzorowany na procedurze sytuacji obcej Ainsworth i zobaczyć, czy rzeczywiście jest zdecydowany pozostać w pomieszczeniu sam, na jak długi czas i jak będzie się podczas tej próby zachowywał. Powiedziano chłopcu, że czas spotkania dobiegł końca i że trzeba się rozstać. Został uprzedzony, że za chwilę wszyscy opuszczą pokój. Wszyscy włącznie z mamą i jeśli on nie chce nigdzie iść, to będzie musiał zostać sam. Po czym po chwili wszyscy wyszli, jednocześnie doglądając bezpieczeństwa chłopca przez lustro weneckie. Borys został sam – bawił się przez ponad 20 minut samodzielnie i samotnie, dopiero po tym okresie zaczął bez większego zaangażowania poszukiwać mamy.

Mama z wykształcenia jest malarką i długie godziny spędza przy sztaludze, jak sama wyznaje, zbyt mało czasu poświęca synowi. Można zatem podejrzewać, że dlatego najprawdopodobniej dziecko wykształciło zdolność samodzielnego istnienia, bez konieczności pozostawiania w aktywnej wymianie relacyjnej. Mama chłopca robi także wrażenie osoby skoncentrowanej na sobie i niezdolnej do rzeczywistej aktywnej wymiany rela-

cyjnej. Stała interakcja – zwłaszcza wzrokowa – była od początku utrudniona ze względu na niedowidzenie chłopca. Wada wzroku przyczyniła się do tego, że dziecko sprawiało wrażenie rozproszonego i roztargnionego. Rodzaj więzi łączących matkę z dzieckiem można by określić jako przejawiający pewne cechy przywiązania lękowo-unikającego, charakteryzującego się samodzielnym istnieniem każdego z partnerów interakcji. W zachowaniu chłopca nie można jednak stwierdzić lękowego zahamowania czy szukania oparcia w świecie fizycznym – pozarelacyjnym, jak to często zdarza się u dzieci prezentujących lękowo-unikający typ przywiązania. Przywierają one do ścian, podłogi, są zahamowane ruchowo, nie eksplorują nowego otoczenia, w ich zachowaniu widać lęk lub można go domniemywać. Borys zdawał się bardziej unikający i to raczej z przyzwyczajenia, wynikającego z faktu, że jego mama najczęściej była niedostępna, pochłonięta psychicznie twórczością (Wallin, 2011).

W obliczu tych faktów podwójnego znaczenia nabiera prezentowana przez chłopca potrzeba głośnego zaistnienia w nowym środowisku. Po pierwsze, słabo widzi, a najłatwiej w takiej sytuacji jest zwrócić uwagę na to, co się dobrze słyszy. Po drugie, najprawdopodobniej doświadczenie nauczyło Borysa, że aby uzyskać dostępność mamy, trzeba to czynić poprzez świat dźwięków.

Sytuacja dziecka wydawała się wobec wszystkich zaprezentowanych faktów dość jasna i zrozumiała. Chłopiec stanął w obliczu kryzysu rozwojowego. Dotarł do takiego miejsca na swojej ścieżce rozwojowej, którego przezwyciężenie wymagało wsparcia ze strony środowiska – pozostawiony sam sobie nie podoła wyzwaniom. Jego ścieżka rozwojowa może się przeobrazić w ścieżkę patologizacji.

Z dziecka przebywającego z mamą w domu, w znanym, bezpiecznym, przewidywalnym środowisku, w sytuacji stabilnej komunikacji i braku konieczności werbalizowania swoich potrzeb, gdyż mama zazwyczaj zaspokajała je, zanim stawały się w pełni świadome, znalazł się w obcym, wymagają-

cym nowych form zachowań i niezbyt przyjaznym przedszkolnym środowisku. Zadania te są stawiane większości trzylatków rozpoczynających edukację przedszkolną. Borys jednak, oprócz tego, że nie był w stanie komunikować się werbalnie z otoczeniem, dodatkowo miał ograniczony kontakt wzrokowy. Jak się okazało, po przeprowadzonej specjalistycznej diagnozie, wada wzroku sięgała 5 dioptrii, co oznacza w praktyce znaczne niedowidzenie.

W sytuacji nieznanymi przestrzeni do opanowania, półek pełnych zabawek, wielu nowych osób – dorosłych i dzieci – stawiających nowe granice i reguły, a także w obliczu niemożności wyrażenia swoich przeżyć w wyniku trudności werbalnych – układ nerwowy dziecka i jego psychika były ekstremalnie przeciążone, co naturalnie mogło się objawiać rozdrażnieniem, podirytowaniem, napadami złości i płaczu oraz spowolnieniem aktywności rozwojowej.

W pierwszej przesłanej do przedszkola opinii przedstawiono psychologiczne aspekty sytuacji trzylatka i zaproponowano strategię umożliwiającą nauczycielom przetrwanie początkowego kryzysu w relacji z wychowankiem, a dziecku niezachwiany rozwój. W owym okresie tzw. trudności wychowawcze interpretowano jako będące całkowicie po stronie dziecka i związane z funkcjonowaniem jego układu nerwowego obciążonego niedowidzeniem. Już wkrótce jednak okazało się, że swój wielki udział w złym funkcjonowaniu chłopca mają najprawdopodobniej niskie kompetencje zawodowe jego nauczycielek w przedszkolu.

Odpowiedź pisemna, która została wystosowana z przedszkola, zaprzeczała możliwości przyjęcia przez nauczycielki psychologicznej perspektywy rozumienia problemów chłopca. Odrzucały one możliwość potraktowania problemów dziecka jako adaptacyjnych. W piśmie wystosowanym do ACP, którego chłopiec wraz z rodzicami stali się klientami, utrzymywano, że problemy adaptacyjne dotyczą pierwszych dwóch tygodni pobytu w przedszkolu, a po dwóch miesiącach nie można mówić o adaptacji, tylko o patologii. Domagano się także diagnozy nienor-

malności rozwoju umożliwiającej usunięcie chłopca z przedszkola.

Ocena osoby Borysa stała się przedmiotem konfliktu dwóch racji prezentowanych przez mamę i przedszkole. Mama szuka sprzymierzeńców i dąży do utrzymania stanowiska, że jej syn jest „normalny”, a druga strona – przedszkole – robi wszystko, aby udowodnić, że jest „nienormalny” i pozbyć się dziecka z placówki.

Rozpoznanie ACP, polegające na wyjaśnieniu mechanizmów przyczyniających się do trudności chłopca i brak diagnozy nozologicznej zostały odebrane jako atak wymierzony w ambicje i kompetencje zawodowe nauczycielek, co do których rzeczywiście powstały już pewne wątpliwości. W ich mniemaniu sprawa była prosta: gdyby dziecko było normalne, to one nie miałyby z nim problemów. W konflikcie tym nie było prawie miejsca na pochylene się nad dzieckiem i udzielenie mu pomocy. Oczywiście było, że im chłopiec szybciej znajdzie przyjazną sobie placówkę i kompetentny personel, tym szybciej jego rozwój może wkroczyć na właściwe tory. Jednocześnie jasne było również, że przeniesienie będzie się wiązać z kolejnymi emocjonalnymi kosztami, które będzie musiał ponieść w sytuacji, w której jest już i tak mocno przeciążony. A dodatkowo pojawiała się ryzyko: jeżeli znowu trafi na niesprzyjające środowisko, to szansa na prawidłową adaptację i socjalizację będzie niknąc.

Jak wynikało z opinii mamy, nauczycielka, która domagała się usunięcia Borysa, była krótko przed emeryturą i od ponad 20 lat pracowała wyłącznie z sześciolatkami w zerówce. Zdaniem mamy nie miała ochoty angażować się w wyzwanie pedagogiczne, jakim niewątpliwie był Borys. Natomiast młodsza z nauczycielek, chcąc wspomóc chłopca, rozpoczęła podnoszenie swoich kwalifikacji poprzez: studiowanie literatury, poszukiwanie wskazówek u specjalistów – jednak jej wysiłki były osamotnione i nie mogła liczyć na wsparcie koleżanek.

W celu weryfikacji sytuacji dziecka poproszono o możliwość obserwacji chłopca w środowisku przedszkolnym. Do przedszkola uda-

ły się dwie studentki psychologii IV roku specjalności klinicznej. Jak przekazały w raporcie, sytuacja Borysa była niezwykle trudna – pełnił funkcję kozła ofiarnego, wzmacnianą zarówno przez wychowawczynie, jak i przez rodziców innych dzieci. Studentki były świadkami sceny, podczas której jeden z chłopców rozplakał się, siedząc w szatni w pobliżu Borysa, a jego babcia, która nie знаła powodu płaczu swego wnuka, zareagowała, mówiąc: „Znowu ten niedobry Borys cię bije, odsuń się od niego, kochanie”. Po trzech miesiącach uczęszczania do przedszkola Borys był konsekwentnie odrzucany przez grupę rówieśniczą, dzieci nie pozwalały mu na przyłączenie się do zabawy, a większość jego inicjatyw w tym względzie była interpretowana jako atak, próba zakłócenia zabawy i przeszkadzania. Dzieci skarżyły na Borysa, a nauczycielka komentowała, mówiąc, że „On już jest taki niedobry”. Gdy znaleziono zepsutą zabawkę, odpowiedzialność za jej zniszczenie została zaocznie zrzucona na chłopca. A gdy po chwili sytuację wyjaśniła osoba będąca świadkiem, że dnia poprzedniego zabawkę zepsuło inne dziecko, nikt nawet Borysa nie przeprosił za niesłuszne oskarżenie. Na zarządzone przez nauczycielkę sprzątanie Borys zareagował złością. Pani skomentowała w obecności chłopca, że on przecież i tak nigdy nie sprząta, pomimo że jest wielokrotnie upominany – robią to za niego inne dzieci. Wypowiedzią tą utwierdzała chłopca w przekonaniu, że nie musi tego robić. W sytuacjach, w których chłopiec miał brać udział w zajęciach, a nie wykazywał na to ochoty, zwykle kilkakrotnie zwracano mu uwagę, aby potem zupełnie go ignorować, gdy podejmował inną zabawę czy aktywność. Jak zaobserwowano, nie były wyciągane z jego zachowania żadne konsekwencje, nikt nie uczył i nie egzekwował od chłopca wykonywania poleceń. Opór chłopca był nagradzany zwykle usunięciem konieczności wykonania zadania. Borys doskonalił się w nieprawidłowych sposobach zwracania na siebie uwagi i stawiania oporu, rzucał się na podłogę, krzyczał i „histeryzował”, co przynosiło zadowalające go efekty, gdyż cała grupa wraz z panią pochy-

lali się wtedy nad nim – stawał się centrum zainteresowania i uwagi. W pewnym momencie wypracował nową formę oporu polegającą na rozbieraniu się do naga, na co nauczyciel prowadzący reagował zażenowaniem, oburzeniem i uciekał się do sprowadzenia dodatkowej publiczności, w postaci dyrekcji i pozostałego personelu przedszkola – dziecko utwierdzało się więc w przekonaniu, że metoda jest skuteczna. Borys zaczął oprotestowywać uczestnictwo we wspólnych zabawach i zajęciach, a także bojkotował popołudniową drzemkę. Sprawiał coraz większe trudności, aż nauczycielki zażądały, aby mama odbierała go przed popołudniową drzemką i przyprowadzała po jej zakończeniu. Nie uczestniczył w zajęciach grupowych, nie siedział w kole, nie słuchał bajek, wierszyków i piosenek, robił to, co chciał, zajmował się sobą, zupełnie wyalienowany ze środowiska.

Obserwacje studentów dotyczące nieudolności wychowawczych nauczycieli przedszkolnych utwierdziły autorkę w przekonaniu, że najlepszym rozwiązaniem dla dziecka będzie jak najszybsze opuszczenie opisywanej placówki, która kształciła i wzmacniała coraz bardziej aspołeczne i opozycyjno-buntownicze skłonności chłopca.

W toku dalszych spotkań diagnostyczno-terapeutycznych nie zostały potwierdzone postawione wcześniej diagnozy. Borys był chłopcem impulsywnym, ale nie miał deficytów w zakresie uwagi, a już na pewno nie był upośledzony umysłowo.

Po wysłaniu do przedszkola opinii psychologicznej z ACPP i wymianie korespondencji sytuacja się zaostrzyła. Według opinii mamy skargi były coraz częstsze, a Borys przy wydatnym „wsparciu” personelu przedszkola rozwijał swój potencjał zachowań opozycyjno-buntowniczych. W ostatnim okresie mama zaczęła odbierać go przed leżakowaniem i doprowadzać do przedszkola po leżakowaniu, gdyż w innym wypadku wykonywał swój „numer z rozbieraniem się”, którym głęboko gorczył personel przedszkola. Dodatkowo zaczął się prezentować kolejny rodzaj zachowania – publicznie się onanizował. Był na bardzo niebezpiecznej dla siebie ścieżce i dorośli,

körtzy mu towarzyszyli przez wiele godzin dziennie, nie pozwalali mu z niej zejść.

Sugerowano rodzicom, że sytuacja w placówce jest dla chłopca wysoce szkodliwa i że jeśli nie przyznają racji nauczycielkom z przedszkola, że dziecko jest nienormalne, i nie przeniosą go do placówki zatrudniającej kompetentnych specjalistów, to rozwój dziecka zostanie zaburzony.

Poszukiwanie przez rodziców nowego przedszkola nałożyło się z podjęciem przez autorkę artykułu pracy konsultanta psychologicznego w przedszkolu integracyjnym, które zostało polecone rodzicom.

Borys trafił do grupy maluchów i jednocześnie pozostał w przedszkolu pod opieką psychologiczną autorki. Nauczycielki prowadzące jego grupę były w trakcie szkoleń z zakresu terapii behawioralno-poznawczej i w umiętjny sposób zajęły się chłopcem, od pierwszego dnia wprowadzając wspólnie ustalone procedury terapeutyczne. Początki nie były łatwe i wielokrotnie podczas konsultacji psychologicznych był podejmowany wątek problemów chłopca. Pierwsze dni w nowej placówce były szczególnie obciążające dla wszystkich: dla Borysa, dla nauczycieli, ale i najprawdopodobniej także dla dzieci z jego grupy. Pierwszy atak buntu i „histerii” trwał ponad 40 minut, a osoba prowadząca zdecydowała się nie izolować go i zostać z chłopcem wśród dzieci. Następnego dnia była tą sytuacją bardzo wyczerpana i pełna obaw przed spodziewanymi kolejnymi atakami. Jednak na szczęście „ataki szału” dzięki spokojowi i konsekwencji powoli były wygaszane. Prawdopodobnie, gdyby w poprzedniej placówce spotkały się z prawidłową reakcją, nigdy nie miałyby szansy tak eskalować. Mama utrzymywała, że w domu próby tego typu zachowań pojawiały się rzadko i były szybko udaremniane poprzez izolowanie dziecka w tzw. kącie.

W nowym przedszkolu po wprowadzeniu przewidywalnych rytuałów, komunikowanych werbalnie i za pomocą piktogramów, polityki żetonowej, jasnym ustaleniu reguł i granic oraz konsekwentnym ich przestrzeganiu następował zdumiewający postęp (Kendall, 2000). Po dwóch tygodniach w przedszkolu

Borys potrafił siedzieć w kręgu z dziećmi, słuchać i powtarzać słowa piosenki, a później wykonywać masaż na plecach kolegi siedzącego przed nim. Mama nie kryła zdumienia z powodu takiej zmiany funkcjonowania swego syna. Pomimo niezwyklej postępów, jakie czynił chłopiec, ciągle budził niepokój nauczycieli i specjalistów zatrudnionych w przedszkolu. Osoba prowadząca zgłosiła wątpliwości co do prawidłowego rozwoju intelektualnego chłopca. Była zaskoczona dziwacznymi i nieadekwatnymi odpowiedziami Borysa, tak jakby nie rozumiał pytań. Podobnie zareagowała osoba będąca koordynatorem terapeutycznym dzieci z orzeczeniami o niepełnosprawności, po pierwszym kontakcie z chłopcem też wyraziła swój niepokój o jego prawidłowy rozwój. Jednak w obliczu posiadanej wiedzy, a także na podstawie prowadzonej dalej diagnozy, zdecydowano dać mu jeszcze czas i cierpliwie czekać na postęp. Przeprowadzono diagnostykę rozwoju intelektualnego za pomocą skali Columbia i wyniki okazały się niejednoznaczne. Wynik uzyskany przez chłopca w sytuacji, gdy test byłby przeprowadzony całkowicie zgodnie z instrukcją jego wykonania, plasowałby się w granicach upośledzenia umysłowego. Wystarczyło jednak wesprzeć chłopca emocjonalnie, gasząc jego impulsywną chęć odpowiedzi dodatkowym słowem: pomyśl, zastanów się, i już wynik uzyskany w teście plasował się w górnej strefie stanów średnich. Chłopiec potrzebował zewnętrznego wsparcia w kontroli impulsu i treningu emocjonalnego, ale czy rzeczywiście było to nasilenie objawów wskazujące na ADHD?

Borys opuścił przedszkole wraz z końcem roku szkolnego, w odczuciu autorki zmiana placówki była zbyt pochopna, aby dobrze ugruntować i utrwalić wszystkie pozytywne zmiany, które zaszły w trakcie jego pobytu w niej.

Jestem jednak przekonana, że rozstawał się z nami jako chłopiec, który zawrócił ze ścieżki patologizacji rozwoju psychicznego, wkraczając na prawidłową ścieżkę rozwojową. Kontaktowałam się później z jego mamą, aby uzyskać informację, jak radzi sobie w nowej placówce. Zdaniem mamy poradził so-

bie z adaptacją w nowym miejscu – nauczyciele nie zgłaszają trudności i jest szansa, że tak już zostanie. Decyzja o zmianie placówki została podjęta w sposób nie do końca zamierzony przez rodziców. Nie złożyli oni w odpowiednim terminie dokumentacji związanej z przedłużeniem pobytu chłopca w przedszkolu. Jednocześnie trzeba uwzględnić fakt, że dowozili go do tej placówki z bardzo odległej dzielnicy miasta, wiązało się to z dużymi obciążeniami finansowymi i czasowymi, co w obliczu tak znaczącej poprawy mogło się przyczynić do powstania wspomnianego wyżej zaniedbania.

WNIOSKI

Przedstawione studium przypadku w ujęciu *developmental pathways* ukazuje ścieżkę, którą kroczył trzyletni Borys, nieustannie balansując na granicy, poza którą jego trudności będą zaklasyfikowane jako zaburzenie. Punktem wyjścia były czynniki biologiczne – trudności okołoporodowe i niezdiagnozowana wada wzroku, a także tzw. trudny temperament, mający podłoże genetyczne i będący również wynikiem nieprawidłowej jakości więzi łączących go z mamą. Uwarunkowania biologiczne i specyfika funkcjonowania w relacji z innymi ujawniły się i stały podłożem trudności adaptacyjnych w przedszkolu. Dodatkowo nałożyły się na to deficyty środowi-

skowe w postaci niekompetencji nauczycieli – co zaowocowało dynamicznym przemieszczaniem się ogólnego funkcjonowania chłopca w kierunku patologii. Zwrotem na ścieżce była zmiana placówki przedszkolnej na wyspecjalizowaną we wspieraniu dzieci z trudnościami rozwojowymi oraz skorygowanie wady wzroku poprzez dobranie okularów, co odegrało niebagatelną rolę w przystosowaniu się do nowego środowiska i odciążeniu układu nerwowego zmuszonego do nieustannej kompensacji niedowidzenia.

Przedstawione studium przypadku ilustruje ścieżkę rozwojową, która w toku opisanych zdarzeń zewnętrznych, tj. kryzysu przedszkolnego, niekompetencji nauczycieli, na podstawie wewnętrznych zasobów, ale i deficytów, uległa zaburzeniu. Można przewidywać, że gdyby na ścieżce rozwojowej chłopca nie pojawiły się omówione powyżej etapy w postaci zmiany placówki, interwencji psychologicznej, wprowadzenia technik behawioralnych, zaburzenie jego rozwoju by się pogłębiało. Prawdopodobne jest, że pozytywne przezwyciężenie tego kryzysu będzie dla Borysa podstawą do wzrostu i rozwoju oraz że zabezpieczy go przed kolejnymi trudnościami – niestety, może być i tak, że w chwilach szczególnego napięcia i kryzysu mogą zostać ponownie uruchomione negatywne wzorce zachowania.

BIBLIOGRAFIA

- Ainsworth M.D.S., Blehar M., Waters E., Wall S. (1978), *Patterns of attachment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Axline V. (1969), *Play Therapy*. New York: Ballantine Books.
- Brazelton T., Cramer B. (1990), *The earliest relationship. Parents, infants and the drama of early attachment*. New York: DaCapo Press.
- Kendall P.C. (red). (2000), *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures*. New York: Guilford Press.
- Kościelska M. (1995), *Oblicza upośledzenia*. Warszawa: PWN.
- Lessing-Pernak J. (2010), Znaczenie przebiegu porodu i wczesnego kontaktu matki z dzieckiem dla rozwoju przywiązania. *Perinatologia, neonatologia i ginekologia*, 3, 282–290.
- Pickles A., Hill J. (2006), Developmental pathways [w:] D. Cicchetti, D. Cohen (red.), *Developmental psychopathology*, 211–243. Vol. I. Second editions. New Jersey: John Wiley and Sons.
- Spionek H. (1985), *Zaburzenia rozwoju uczniów a niepowodzenia szkolne*. Warszawa: PWN.
- Wallin D. (2011), *Przywiązanie w psychoterapii*. Kraków: Wydawnictwo UJ.