



## **RAPORT**

### **SYTUACJA NIEMOLĄT POZBAWIONYCH OPIEKI RODZICIELSKIEJ**

**(na podstawie doświadczeń Interwencyjnego Ośrodka Preadopcyjnego)**

**Warszawa, marzec 2013**

## **Autorzy:**

**Dorota Polańska**, psycholog, dyrektor Interwencyjnego Ośrodka Preadopcyjnego (IOP)

**Mirosława Romanowska**, psycholog, z-ca dyrektora IOP

**Krystyna Żmuda-Trzebiatowska**, pedagog, terapeuta SI

**Mariola Gostyńska**, fizjoterapeuta dziecięcy

**Anna Łasińska**, pracownik socjalny IOP

**Wojciech Pytel**, prezes zarządu Fundacji Rodzin Adopcyjnych

**Dziękujemy wszystkim innym osobom, które przyczyniły się do powstania niniejszego raportu. Szczególne podziękowania kierujemy do całego personelu Interwencyjnego Ośrodka Preadopcyjnego.**

O ile nie zaznaczono inaczej, wszelkie prawa do wszystkich materiałów zamieszczanych w niniejszym raporcie są zastrzeżone. Kopiowanie i rozpowszechnianie ich bez zezwolenia jest wzbronione. Naruszenie praw autorskich może skutkować odpowiedzialnością prawną, określoną w szczególności w przepisach ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych, ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i przepisach kodeksu cywilnego oraz przepisach prawa prasowego.

---

**Interwencyjny Ośrodek Preadopcyjny jest zadaniem współfinansowanym ze środków Samorządu Województwa Mazowieckiego.**

## Spis treści

Spis treści	3
1. Podsumowanie	4
2. Opis problemu	6
3. Informacje podstawowe o Raporcie	9
4. Dziedzictwo naszych dzieci	10
4.1. Konsekwencje dla zdrowia dziecka	11
4.2. Rozwój psychoruchowy niemowlęcia bez opieki rodzicielskiej	13
4.3. FAS	14
4.4. Przebieg rozwoju psychoruchowego dzieci w IOP	15
4.5. Choroba sieroca	16
5. Przyczyny umieszczenia niemowląt w instytucjonalnej pieczy zastępczej – analiza problemu	19
5.1. Dzieci pozostawione przez matki w szpitalach	22
5.2. Dzieci skierowane do IOP przez Sądy Rejonowe	26
5.3. Dzieci przyjmowane interwencyjnie	29
5.4. Okna Życia i dzieci porzucone	30
6. Reintegracja do rodziny naturalnej – praca z rodziną naturalną w IOP	31
6.1. Opis pracy socjalnej – praca nad budowaniem więzi	31
6.2. Rezultaty pracy socjalnej	32
7. Podsumowanie i wnioski	34

## 1. Podsumowanie

Artykuł 7 konwencji o prawach dziecka ONZ stwierdza jednoznacznie, że każde dziecko ma prawo do poznania swoich rodziców i pozostawania pod ich opieką. W przypadku dziecka osieroconego, pozostawionego, porzuconego prawo to staje się niemożliwe do wykonania.

Najbardziej zagrożone sieroctwem społecznym są niemowlęta i małe dzieci do 3 lat, ponieważ dziecko pozbawione opieki rodzicielskiej w pierwszych latach życia jest szczególnie narażone w przyszłości na trudności w funkcjonowaniu emocjonalnym i społecznym.

Dokładne określenie przyczyn i konsekwencji separacji dziecka od rodziny jest niezwykle trudne, jednak po 12 latach prowadzenia Interwencyjnego Ośrodka Preadopcyjnego dla niemowląt chcemy w poniższym raporcie posumować część naszych doświadczeń i obserwacji.

- Odrzucenie, pozostawienie, porzucenie dziecka przez matkę następuje podświadomie już w okresie ciąży, a przejawia się wyparciem stanu odmiennego i niezmiennym trybem życia, co w konsekwencji doprowadza do urodzeń przedwczesnych i zaburzeń stanu zdrowia oraz rozwoju psychoruchowego dziecka;
- Separacja dziecka od rodziców, a szczególnie od matki wiąże się zawsze zaburzeniami emocjonalnymi u dziecka, które w bardzo krótkim czasie doprowadzają do rozwoju choroby sieroczej ale również zaburzeniami rozwoju psychoruchowego;
- Trudno jest wyodrębnić główny powód, dla którego matki oddają dzieci do adopcji – ale jest to zawsze skorelowane z samotnością matki w swoim najbliższym środowisku;

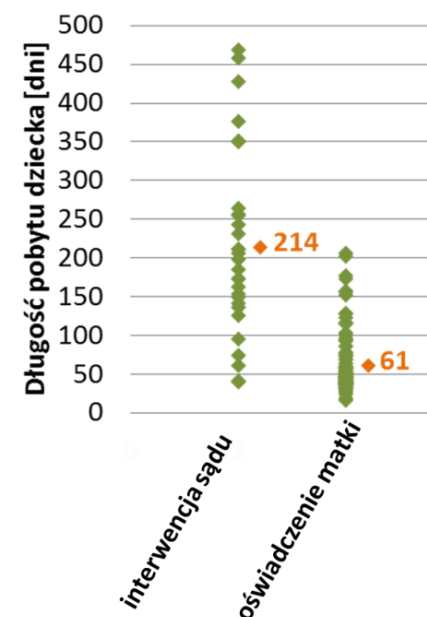


Dla dobra dzieci, które potrzebują szczególnej ochrony i pomocy ze strony dorosłych, środowiska rodzinnego, atmosfery szczęścia, miłości i zrozumienia, w trosce o ich harmonijny rozwój i przyszłą samodzielność życiową, dla zapewnienia ochrony przysługujących im praw i wolności, dla dobra rodziny, która jest podstawową komórką społeczeństwa oraz naturalnym środowiskiem rozwoju, i dobra wszystkich jej członków, a w szczególności dzieci, w przekonaniu, że skuteczna pomoc dla rodziny przeżywającej trudności w opiekowaniu się i wychowywaniu dzieci oraz skuteczna ochrona dzieci i pomoc dla nich może być osiągnięta przez współpracę wszystkich osób, instytucji i organizacji uchwała się, co następuje... (ustawa o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej)



- Pozostawienie dziecka w szpitalu po urodzeniu, tzw. zgoda blankietowa – mimo wyraźnej dezaprobaty społecznej, jest jednak wyrazem krytycyzmu matki do własnej osoby i sytuacji oraz troską o dziecko, która uwieńczona jest przekazaniem swoich uprawnień rodzicielskich na kogoś innego, dla dobra dziecka. W konsekwencji dzieci matek świadomie zrzekających się swojej władzy rodzicielskiej przebywają stosunkowo krótko poza rodziną (w IOP);
- Sądy umieszczają dzieci w Ośrodku zdecydowanie częściej z przyczyn leżących po stronie rodziców jak uzależnienia, choroby psychiczne i upośledzenie, widoczne trudności w funkcjonowaniu społecznym – które współwystępują z przyczynami natury socjalnej i bytowej;
- Rodzice, którym odebrano dzieci i umieszczono w instytucjonalnej pieczy zastępczej bardzo rzadko aktywnie walczą o odzyskanie dziecka i nie podejmują żadnej współpracy w celu reintegracji dziecka do rodziny, najczęściej nie odwiedzają dzieci w IOP i nie interesują się w żaden sposób ich losem. Paradoksalnie te dzieci przebywają poza rodziną bardzo długo i dochodzi u nich oprócz traumatycznych doświadczeń w środowisku rodzinnym do deprivacji rozwoju psychoruchowego z powodu braku matki.

**Długość pobytu dziecka w zależności od przyczyny umieszczenia dziecka w IOP**



Rozkład czasu pobytu badanej populacji 219 dzieci, w zależności od powodu umieszczenia w dziecka w ośrodku, został przedstawiony powyżej. Dzieci umieszczone w IOP z postanowienia sądu przebywają średnio 214 dni, podczas gdy, dla dzieci umieszczone w IOP w wyniku zrzeczenia się przez matkę praw do dziecka, czas ten wynosi tylko 61 dni.

## 2. Opis problemu

Problem sieroctwa społecznego oraz wykluczenia społecznego dzieci jest jednym z dotychczas nierozwiązanych problemów w Polsce. Szacuje się, że w Europie milion dzieci wychowuje się poza rodziną! Z raportu unijnego projektu dotyczącego profilaktyki porzucania dzieci w Europie „Daphne” wynika, że porzucenie jawne i niejawne jest główną przyczyną umieszczania dzieci poniżej 3 roku życia w opiece instytucjonalnej (32% w Europie Środkowo-Wschodniej)

Opieka oraz wychowanie dzieci i młodzieży pozbawionej całkowicie lub częściowo opieki i wsparcia ze strony rodziny naturalnej, może być realizowana w formie rodzinnej lub instytucjonalnej pieczy zastępczej.

Z informacji GUS wynika, że pod koniec 2011 roku funkcjonowało w Polsce 807 całodobowych placówek opiekuńczo- wychowawczych, w tym 27 placówek interwencyjnych. W placówkach zapewniających opiekę całodobową przebywało 19 tysięcy wychowanków (natomiast w ciągu roku sprawozdawczego przebywało w nich łącznie 28,7 tys. dzieci), w tym w placówkach interwencyjnych – 0,5 tys. (2 tys. w skali roku). Najmłodszy wychowankowie (do 3 lat) stanowili 10,3% ogółu dzieci umieszczonych w placówkach całodobowych.

Na terenie województwa mazowieckiego w 2011 roku istniało 91 placówek opiekuńczo – wychowawczych, w tym 45 rodzinnych – a w nich łącznie przebywało 2021 wychowanków.

Dane Ministerstwa Zdrowia pokazują, że rocznie rodzi się około 700 noworodków (ok. 0,2% wszystkich urodzin), które następnie zostają pozostawione przez rodziców na oddziałach położniczych.

Problem dzieci mieszkających w różnego typu placówkach od lat utrzymuje się na niezmiennie wysokim poziomie:

- Nie wszystkim udaje się rozpocząć dorosłe, normalne życie.
- Według danych Monaru 60% bezdomnych to wychowankowie domów dziecka.

Liczba małoletnich pod opieką sądów wskazuje rozmiar potrzeb w zakresie pomocy rodzinie, wspierania jej w wykonywaniu zadań wychowawczych, a także potrzeb dzieci, które od rodziców muszą być z różnych powodów oddzielone, w tym też tych, które muszą być chronione przed swoimi rodzicami. W sytuacjach, kiedy rodzice porzucają dziecko, w rażący sposób je zaniedbują lub nadużywają władzy rodzicielskiej w sposób zagrażający jego dobru, sąd może zdecydować o pozbawieniu władzy rodzicielskiej i powierzeniu dziecka do adopcji.

Jednak zanim sytuacja rodzinna małego dziecka ze środowiska zagrożonego się unormuje, jest ono już od momentu poczęcia niezwykle podatne na urazy i oddziaływania czynników zewnętrznych.

- Raporty Światowej Organizacji Zdrowia wskazują, że najczęściej ofiarami krzywdzenia padają dzieci do 3 r.ż., a sprawcami przemocy są zazwyczaj członkowie najbliższej rodziny. Dzieci w tym wieku padają ofiarami przemocy emocjonalnej, fizycznej, seksualnej, zaniedbania, a także form przemocy specyficznych tylko dla tego wieku dziecka;
- Mali wychowankowie rodzinnej i instytucjonalnej pieczy zastępczej są zaniedbani już prenatalnie to znaczy, matka będąc w ciąży świadomie lub przez zaniedbanie narażała swoje nienarodzone dziecko na zagrożenie życia lub zdrowia.
- Połowa kobiet w Polsce nie jest objęta opieką lekarską w pierwszym okresie ciąży, który jest niezwykle ważny dla dalszego rozwoju dziecka. Sytuacja ta obejmuje takie zachowania jak picie alkoholu, zażywanie narkotyków, palenie papierosów, nadużywanie leków, brak opieki medycznej, niedożywienie;

• • •

Jak wynika ze statystyk problem sieroctwa społecznego utrzymuje się na wysokim poziomie od wielu lat.

• • •

Własna rodzina i dom jest najprostszą i najskuteczniejszą metodą przerwania tego błędnego koła i zapobiegania wykluczeniu społecznemu dzieci.

• • •

- Aż 15% kobiet w Polsce przyznaje się do picia alkoholu podczas ciąży – co w konsekwencji jest przyczyną FAS;
- Objawy głodu narkotycznego obserwuje się u 20-75% noworodków urodzonych przez matki uzależnione od heroiny. Dzieci te wymagają stopniowej detoksykacji
- W 2009 r. wg danych GUS, 11 115 dzieci urodziły kobiety poniżej 18 roku życia ( w tym 401 przez matki poniżej 15r.ż).

To tylko niektóre z problemów dotyczących dzieci przebywających w rodzinnej i instytucjonalnej pieczy zastępczej , w tym w Interwencyjnym Ośrodku Preadopcyjnym.

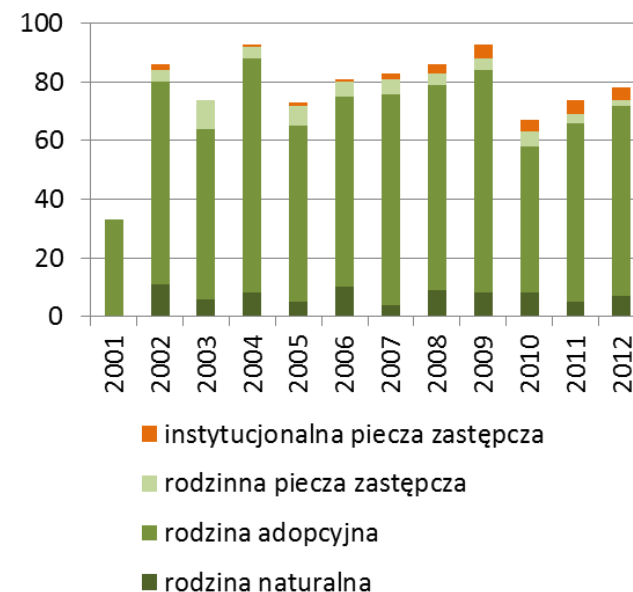
Warszawa i powiaty ościenne ze względu na charakter (jako stolica i największe miasto) w sposób szczególny ogniskuje problemy dotyczące dzieci. Rodzi się tutaj około 200 dzieci rocznie, nad którymi rodzice nie mogą sprawować opieki lub porzucają dzieci tuż po urodzeniu. Przez ostatnich parę lat około 80 dzieci rocznie trafia do IOP. Ze względu na interwencyjny charakter tej placówki dzieci w możliwie najkrótszym czasie trafiają do rodzin (biologicznych, adopcyjnych lub zastępczych), co zapobiega rozwojowi choroby sieroczej a w konsekwencji różnym problemom i dysfunkcjom społecznym oraz osobistym w ich późniejszym życiu.

Interwencyjny Ośrodek Preadopcyjny daje fachową (diagnoza psychologiczna, ocena stanu zdrowia, stymulacja rozwoju, rehabilitacja, opieka pielęgniarek) a zarazem zblizoną do rodzinnej opiekę dzieciom, które znalazły się w kryzysowej sytuacji, czekają na adopcję, przyjęcie przez rodzinę zastępczą lub powrót do rodziny biologicznej.

W ciągu 12 lat swojej działalności objęliśmy opieką 945 osieroconych noworodków i niemowląt, z czego ponad 90% powierzyliśmy do rodzin adopcyjnych i zastępczych, około 6% powróciło do swoich rodzin naturalnych, a tylko 3%, z powodu bardzo złego stanu zdrowia lub nieuregulowanej sytuacji prawnej, musiało niestety być przeniesionych do placówek rodzinnych, DMDz lub zakładów opiekuńczo-leczniczych.

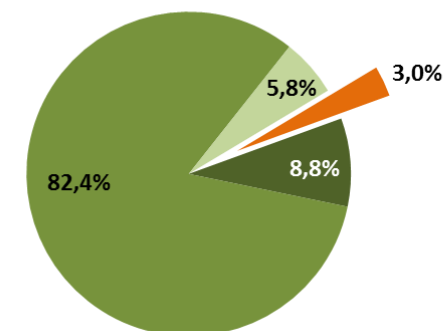
## Efekty działania IOP w latach 2001-2012

(przyjęto 945 dzieci, 922 opuściło IOP, z czego 893 wychowuje się w rodzinach)



## 97% dzieci trafiło do środowiska rodzinnego

(dane z lat 2001-2012 - 922 dzieci, które opuściły IOP)





### 3. Informacje podstawowe o Raporcie

Raport ten stanowi próbę opisaną sytuacji dziecka w wieku niemowlęcym czasowo lub trwale pozbawionego opieki rodzicielskiej i znajdującego się w instytucjonalnej pieczy zastępczej.

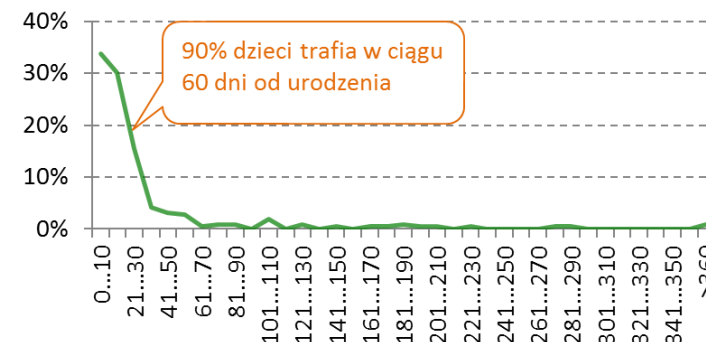
Poddaliśmy analizie następujące zagadnienia:

- sytuację rodzinną – przyczyny umieszczenia w instytucjonalnej pieczy zastępczej;
- konsekwencje dla zdrowia dziecka wynikające z zaniedbań środowiskowych;
- konsekwencje dla rozwoju psychoruchowego dziecka wynikające z zerwania diady matka-dziecko;
- możliwości i efekty pracy z rodziną biologiczną, współpracę z instytucjami wspierającymi rodzinę;

Grupa badana:

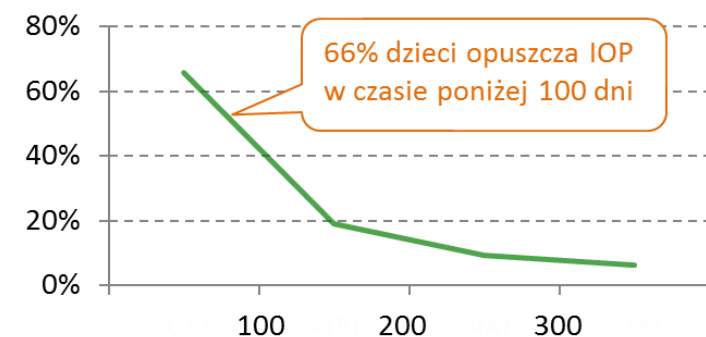
- analizie poddaliśmy sytuację 219 dzieci z umieszczonych w Interwencyjnym Ośrodku Preadopcyjnym w Otwocku w latach 2010 -2012;
- dzieci pochodzą z województwa mazowieckiego, w większości z m. st. Warszawy
- dzieci w wieku od zera do ukończenia pierwszego roku życia
- średni czas pobytu w IOP badanej populacji dzieci wyniósł 119 dni.

**Wiek dziecka przy przyjęciu do IOP**



**Czas pobytu w IOP**

Rozkład w badanej grupie dzieci



#### 4. Dziedzictwo naszych dzieci

Od początku naszej działalności obserwujemy, że 99% matek dzieci przebywających w IOP nie było nigdy objętych opieką lekarską podczas ciąży. Nie jest to jednak związane z brakiem dostępności opieki medycznej w Polsce ale w większości przypadków z odrzuceniem i porzuceniem emocjonalnym dziecka przez rodziców już od momentu poczęcia.

- po analizie historii dzieci mamy pewność, że wiadomość o poczęciu dziecka nie jest radością a dużym problemem;
- matka dziecka bardzo często jest samotna lub osamotniona;
- część matek wypiera fakt, że jest w ciąży i dowiaduje się o tym w po kilku miesiącach lub podczas akcji porodowej;

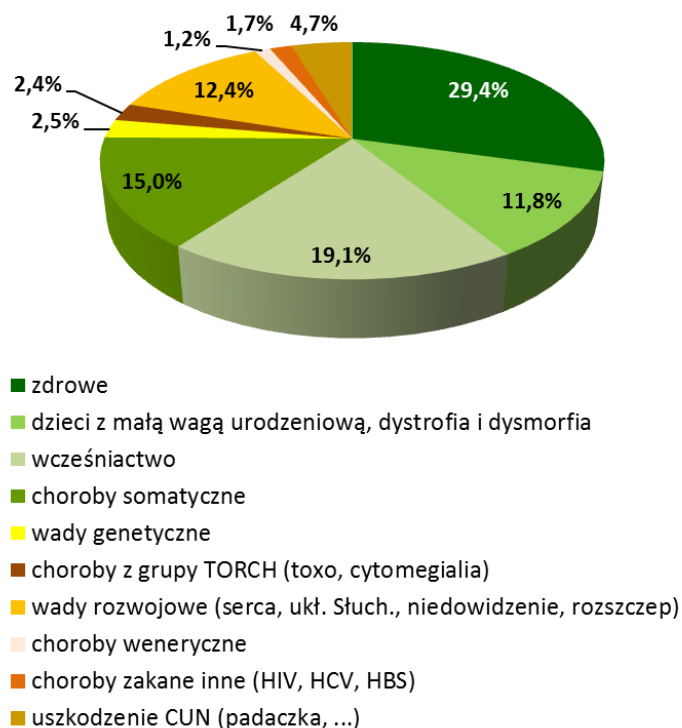
Ponieważ matka wypiera, że jest w ciąży, nie jest pod opieką lekarską – to nie zmienia swojego trybu życia tzn., że nie leczy się z uzależnienia od narkotyków, alkoholu, nikotyny i z nich nie rezygnuje; jest niedożywiona i nie przyjmuje żadnych witamin i minerałów, nie robi badań, prowadzi zły tryb życia, w przypadku przemocy nadal jest ofiarą. To daje wyraźne konsekwencje dla dalszego rozwoju dziecka.

#### 4.1. Konsekwencje dla zdrowia dziecka

Wśród badanej grupy tylko 29,4% dzieci, to zdrowe donoszone niemowlęta.

Blisko aż 31% to dzieci przedwcześnie urodzone, czyli przed 37Hbd i urodzone o czasie ale z niską wagą urodzeniową (hipotrofia i dystrofia wewnątrzmaciczna) – w Polsce to od 5-11% urodzeń.

W konsekwencji złego i niezmiennego trybu życia matki podczas ciąży i braku opieki lekarskiej mamy dzieci narażone na różnego rodzaju zakażenia: z grupy TORCH 2,4% (zakażenia m. innymi cytomegalią i toksoplazmozą), wirusem HIV i HCV 1,7%, chorobami wenerycznymi 1,2%.



• • •

W Polsce wśród ogólnej populacji noworodków od 5-11% to dzieci z dystrofią wewnątrzmaciczną (małą masą urodzeniową) i wcześniaki.

Przyczyny wcześniactwa i dystrofii są podobne:

- Czynniki demograficzno-społeczne: złe warunki socjalno – ekonomiczne, niekorzystne czynniki środowiskowe, mieszkaniowe i bytowe związane z zarobkowaniem rodziców, a także natury psychologicznej, stosunek do aktualnej ciąży, alkoholizm, narkomania, nikotynizm, matki samotne;
- Czynniki związane ze zdrowiem matki: , obciążający wywiad położniczy, niekorzystny przebieg ciąży, obciążenia genetyczne;
- czynniki dotyczące płodu i łożyska;

• • •

Posiadając taką wiedzę o naszych podopiecznych standardowo poddajemy je rozszerzonej diagnozie i obserwacji ze względu na większe prawdopodobieństwo zachorowalności na choroby społeczne, zakażenia z grupy TORCH, występowanie wad rozwojowych, nieprawidłowego rozwoju psychoruchowego.

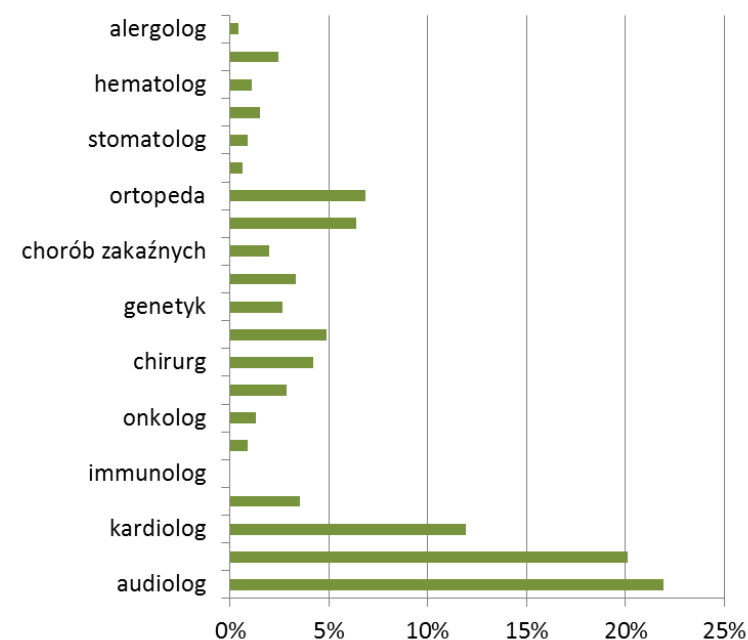
W IOP dzieci są pod opieką dwóch lekarzy pediatrów, neurologa dziecięcego, fizjoterapeuty ruchowego, psychologa klinicznego i pedagoga.

W standardzie wykonujemy wszystkim dzieciom:

- podstawowe badania krwi i moczu;
- badania w kierunku zakażeniami HIV, HCV, cytomegalii i toksoplazmozie;
- USG przezciemieniowe mózgu, brzucha i stawów biodrowych;

A jednak mimo takiej diagnostyki w latach 2010 -2012, musieliśmy zapewnić dzieciom udział w ponad 450 konsultacjach specjalistycznych poza terem Otwocka.

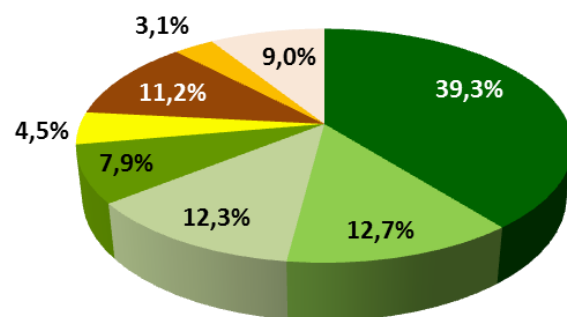
**Konsultacje specjalistyczne w latach 2010-2012**



#### 4.2. Rozwój psychoruchowy niemowlęcia bez opieki rodzicielskiej

Na rozwój dziecka mają wpływ zarówno warunki wewnętrzne, takie jak jego zdrowie, predyspozycje intelektualne, czy stan emocjonalny, jak i warunki w jakich żyje, dostępność otoczenia, stymulacja jakiej doświadcza, ale i warunki emocjonalne, być może (jak wynika z naszych doświadczeń), kluczowe. Ale warto pamiętać, że człowiek jest jednością psychofizyczną, dlatego też oczywiste jest, że poszczególne sfery małego człowieka, również determinują jego rozwój i wpływają jedna na drugą.

Poniższy wykres przedstawia procentowy rozkład problemów z jakimi stykają się podopieczni Ośrodka.



- w normie
- rozwój nieharmonijny
- zaburzenia rozwoju ruchowego
- zaburzenia emocji
- zaburzenia SI
- rozwój opóźniony
- zespół odstawieny
- FAS

### 4.3.FAS

Dzieci rozwijających się w normie było tylko 39,3%. Pozostałe, czyli 69,7% miały różnego rodzaju problemy rozwojowe wynikające ze stanu i uzależnień matek biologicznych (zespół odstawienny – 3,1%, zespół FAS- 9,0%), braku opieki w ciąży i złego jej prowadzenia (pozostałe zaburzenia dzieci przedstawione na wykresie powyżej).

Wydaje się, że należy w tym miejscu umieścić parę słów o mało może jeszcze znanym, a często występującym wśród dzieci w IOP, zespole FAS (Fetal Alcohol Syndrome). Jest to zespół wielonarządowych uszkodzeń dziecka, spowodowanych przez alkohol wypijany przez matkę w ciąży. Nie określono dawki alkoholu bezpiecznej dla płodu, wiadomo jednocześnie, że łożysko matki nie zatrzymuje alkoholu i cała wypita przez matkę dawka, dostaje się do organizmu dziecka. Wiemy też, że wypijanie przez matkę małej dawki alkoholu systematycznie jest dla dziecka równie niebezpieczne, jak spożycie dużej dawki jednorazowo. Alkohol uszkadza mózg dziecka, powodując różnego rodzaju opóźnienia i ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka, może uszkodzić serce, spowodować rozszczep podniebienia. Dzieci poalkoholowe, rodzą się małe, mają niską wagę urodzeniową, a więc i małogłowie. Obserwujemy nieprawidłowości w rozwoju ruchowym dziecka, również problemy z odbiorem bodźców przez zmysły (nadwrażliwość lub niedowrażliwość), przy pełnoobjawowym zespole obserwuje się również charakterystyczne cechy wyglądu – cechy dysmorficzne. Przypadłość ta została nazwana zespołem nie tylko dlatego, że składają się na nią różnego rodzaju uszkodzenia, ale też dlatego, że nie ma dwojga tak samo funkcjonujących dzieci, nigdy do końca nie przewidzimy jak będzie przebiegał rozwój dziecka obciążonego tym zespołem. Ogromną nadzieję stwarza nam w pracy z dziećmi z zespołem FAS wczesne rozpoznanie i wielokierunkowa ich rehabilitacja. Do niedawna bowiem, nie rozpoznawano tego zespołu, lub problemy dzieci przypisywano ich cechom charakteru, lub obciążeniom rodzinnym. To jeszcze jeden powód by dzieci w placówce przebywały jak najkrócej.

•••

**Alkoholowy zespół płodowy (FAS, ang. Fetal Alcohol Syndrome)** – jednostka chorobowa obejmująca nieprawidłowości neuro-behawioralne oraz zmiany w budowie ciała i organach wewnętrznych. Nieprawidłowości te występują u dzieci, których matki spożywały alkohol w czasie ciąży.

Ocenia się, że FAS występuje na świecie 1-6 na 2000 urodzeń.

Z FAS się nie wyrasta, FAS się ma przez całe życie – chociaż jego jakość jest uzależniona od uzyskanej wcześniej pomocy.

•••

#### 4.4. Przebieg rozwoju psychoruchowego dzieci w IOP

Prawidłowy rozwój zdrowego niemowlęcia, oczekiwanego, obdarzonego dobrymi emocjami w czasie ciąży, na którym skupiona jest uwaga matki i całego otoczenia, różni się diametralnie od sytuacji dziecka przebywającego w placówce, o potrzeby którego w okresie ciąży nie dbano należycie, a po urodzeniu musi się „dzielić” osobą opiekującą się nim z innymi. Jego rozwój postępuje jakby czyni nie budzą takiego zachwyty, jak w przypadku dziecka będącego w domu, jego potrzeby i sygnały nie są tak dobrze odczytywane.

Na stan dzieci przebywających w placówce ma ponadto znaczący wpływ czas przebywania w placówce, stwierdzono, że im jest on dłuższy tym stan dziecka jest coraz gorszy – obrazuje to tabela poniżej:

średni czas pobytu	w populacji badanej	Ocena rozwoju psychoruchowego
do 3 miesięcy	76 dni	w normie
	75 dni	rozwój nieharmonijny
powyżej 4 miesięcy	116 dni	zaburzenia rozwoju ruchowego
	155 dni	zaburzenia emocji
	136 dni	rozwój opóźniony

Duży wpływ długiego pobytu zaobserwowano w przypadku zaburzeń emocji, zaburzeń rozwoju ruchowego i opóźnienia rozwoju dziecka.

Wynikają one z ograniczeń i możliwości stymulacji dziecka w sytuacji gdy opiekuje się nim więcej niż jedna osoba, a ponadto rozwój determinuje z każdym dniem bardziej postępująca CHOROBA SIEROCA.

#### 4.5. Choroba sieroca

Choroba sieroca jest wynikiem pozbawienia dziecka obiektu przywiązania, czyli jednej, niezmiennej, osoby, która opiekuje się dzieckiem, ale przede wszystkim jest z nim silnie związana emocjonalnie. Brak obiektu przywiązania (matki) jest dla dziecka przeżyciem porównywalnym, z lękiem przed śmiercią, dziecko każdego ssaka nie może bowiem przeżyć bez opiekuna. Dlatego potrzebę przywiązania uznano za najsilniejszą potrzebę pierwotną człowieka. W takim ujęciu choroba sieroca, rozumiana jako wynik niezaspokojenia potrzeby sieroczej będzie z jednej strony pogłębiać się w miarę upływu czasu, z drugiej zaś obejmie wszystkie sfery rozwoju dziecka.

U noworodków i niemowląt w pierwszym okresie życia, choroba będzie objawiać się podniesionym progiem lęku, dzieci są niespokojne, często gorzej jedzą, wzięte na ręce prężą się tak jakby chciały uciec, znacznie płycej zasypiają. Mogą mieć również problemy z nawiązaniem kontaktu wzrokowego, przytulaniem się, bądź stale domagają się uwagi. W miarę rozwoju dziecka rozwijają się również objawy choroby sieroczej, ponieważ rozwój sfery poznawczej jest podporządkowany konieczności zaspokojenia potrzeby przywiązania, dziecko nie uczy się i nie poznaje świata, lecz zdobywa nowe umiejętności by zwrócić na siebie uwagę. Jednocześnie pewne sfery, zwłaszcza dotyczące kontaktu i komunikacji nie rozwijają się prawidłowo, bądź ich rozwój jest opóźniony.

Stopniowo pojawiają się też objawy zachowań patologicznych (kiwanie się ssanie kciuka, nadmierny apetyt, płaczliwość, lub wycofywanie się z interakcji, lepszy kontakt wzrokowy z łóżeczka, niż po wzięciu na ręce, kontakt powierzchowny, naśladowanie zachowań innych dzieci, by uzyskać uwagę, zabieranie przedmiotów które ma inne dziecko, uciekanie, itp.), wynikających z pogłębiania się choroby sieroczej, czasu jej trwania i coraz większej świadomości cierpienia.

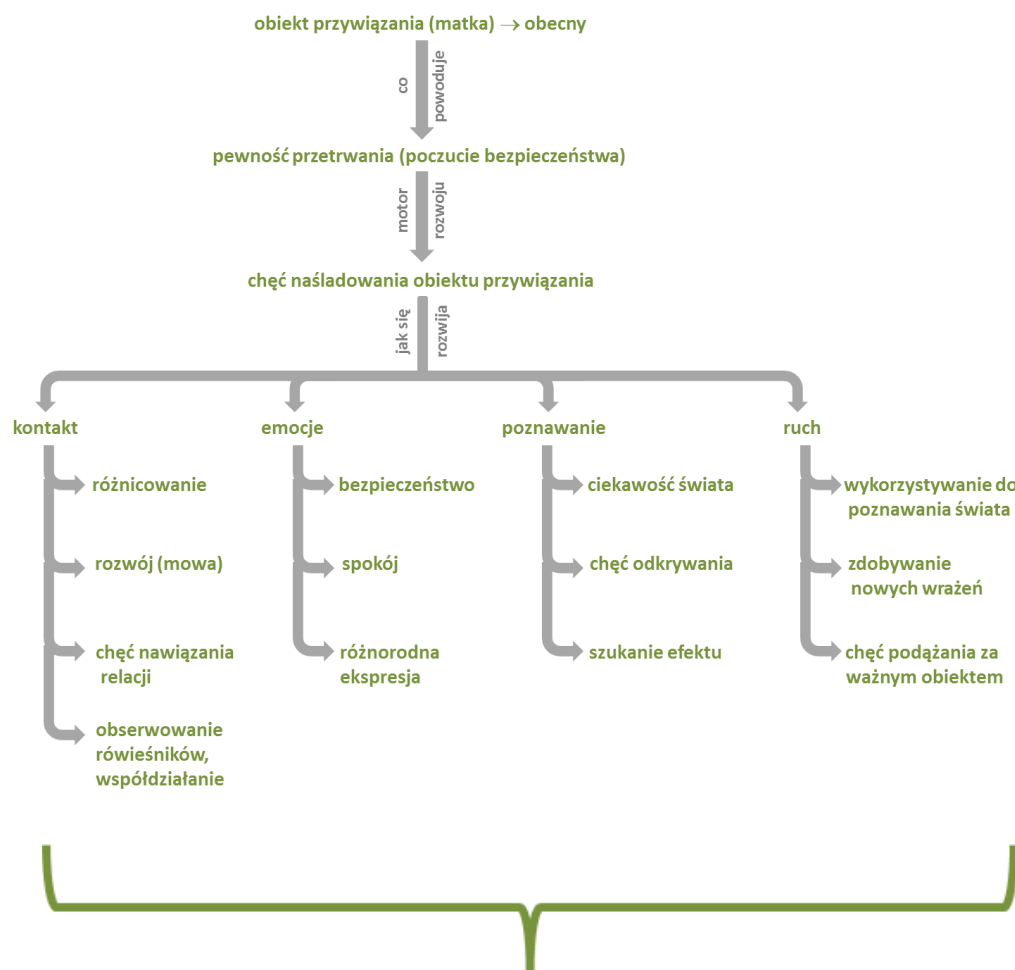
• • •

Można więc stwierdzić, że pod pojęciem choroba sieroca mieści się właściwie stan i sposób rozwoju dziecka pozbawionego najważniejszego czynnika zdrowego rozwoju – obiektu przywiązania.

• • •

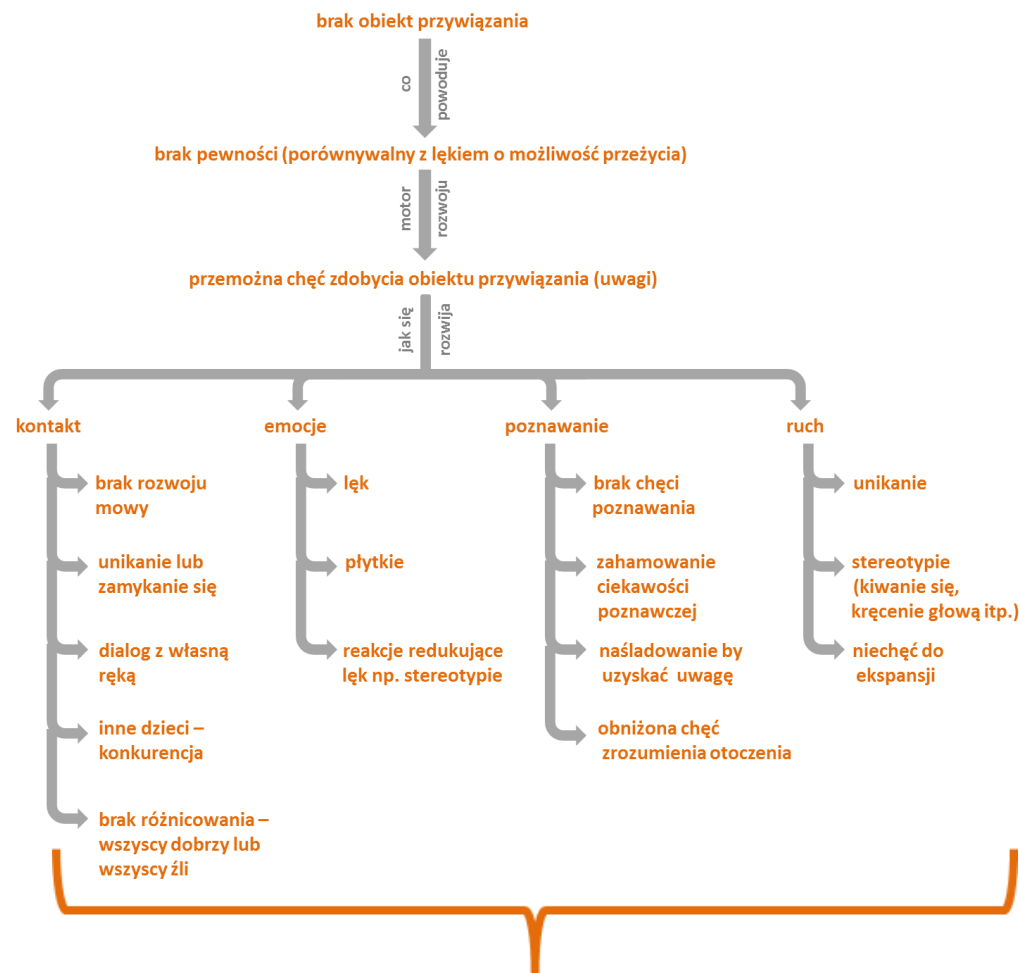


## Rozwój prawidłowy



Szczęśliwe dziecko, odważnie wchodzące w kontakty z rówieśnikami, ciekawe świata, rozwijające się harmonijnie na miarę swoich możliwości.

## Rozwój zaburzony



Dziecko rozwijające się nieharmonijnie we wszystkich sferach, nieufne, z zaburzonym poczuciem bezpieczeństwa, złymi reakcjami przywiazaniowymi, z zaniżonym poczuciem własnej wartości – w konsekwencji powielającym schemat życia swoich rodziców.

Praca prowadzona w Ośrodku mająca na celu jak najskuteczniejsze niwelowanie skutków choroby sieroczej dostosowywana jest do wieku i potrzeb każdego z naszych podopiecznych. W pierwszym okresie życia dziecka ważna jest stałość i przewidywalność zdarzeń, dlatego pielęgnacja dziecka oparta jest na jednej metodzie (NDT), karmienie przebiega według podobnego schematu, osoba która bierze dziecko na ręce, najpierw uprzedza je, a potem bierze na ręce powoli. Uczymy się obserwować reakcje dziecka, by odpowiadać jak najlepiej na jego potrzeby. Poza tym poczucie bezpieczeństwa zapewniają mu smoczek i pieluska układana blisko jego buzi. Już wtedy każde dziecko dostaje miękką pluszową zabawkę która jest stale w jego łóżeczku.

Od trzeciego miesiąca życia działania osób opiekujących się dzieckiem też muszą uwzględniać rosnącą świadomość dziecka, odczytywać jego komunikaty, właściwie interpretować zachowania dziecka, tak by nie wzmacniać jego cierpienia. Nabiera też dużego znaczenia problem związku emocjonalnego jaki tworzy się między opiekunem i dzieckiem. Ponieważ osoby będące z dzieckiem nie są na stałe i nie do jednego dziecka, muszą kontrolować swe emocje, nie odbierając jednocześnie dziecku swej życzliwości.

Dziećmi tymi zajmuje się pedagog, który stanowi element stałości i daje dzieciom poczucie kontroli nad rzeczywistością, jest dla nich stałą osobą, dobrze znającą ich potrzeby i właściwie odczytującą ich komunikaty. Stała zabawka, która towarzyszy dziecku od początku jego pobytu w placówce, nabiera dla niego znaczenia „osoby“, która towarzyszy mu i może pomóc w trudnych chwilach. Zdajemy sobie sprawę, że rozwój emocjonalny dziecka zdrowego umożliwia traktowanie obiektu przejściowego (ulubionej zabawki), w kategoriach opisanych wyżej dopiero wtedy kiedy obraz matki jest już w świadomości dziecka utrwalony. My odwracamy ten proces bo jest to jedyna możliwość zapewnienia dziecku stałej i zawsze dostępnej „osoby“. By stało się to możliwe musimy taki związek w świadomości dzieci wytworzyć, np. przez łączenie osoby z tym przedmiotem, dbanie by towarzyszył mu we wszystkich ważnych chwilach, zwłaszcza tych dla dziecka trudnych.

• • •

Zdajemy sobie sprawę, że mimo tych działań nigdy choroby sieroczej nie zniwelujemy całkowicie dlatego też tak ogromne znaczenie ma czas przebywania dziecka w placówce.

• • •

## *5. Przyczyny umieszczenia niemowląt w instytucjonalnej pieczy zastępczej – analiza problemu*

Za najważniejsze przyczyny wychowania dzieci w instytucjonalnej pieczy zastępczej na świecie uznaje się: ubóstwo lub trudności finansowe, samotne rodzicielstwo, bezdomność i bezrobocie, depresje poporodową, niedostateczną wiedzę o planowaniu rodziny, przemoc, ciążę w wyniku gwałtu, niepełnosprawność dziecka, uzależnienia.

W dużej mierze pokrywa się to z naszymi obserwacjami, gdzie przyczyny umieszczenia dziecka w IOP podzieliliśmy na społeczne i ekonomiczne, pochodzące bezpośrednio od rodziców i te związane z samym dzieckiem.

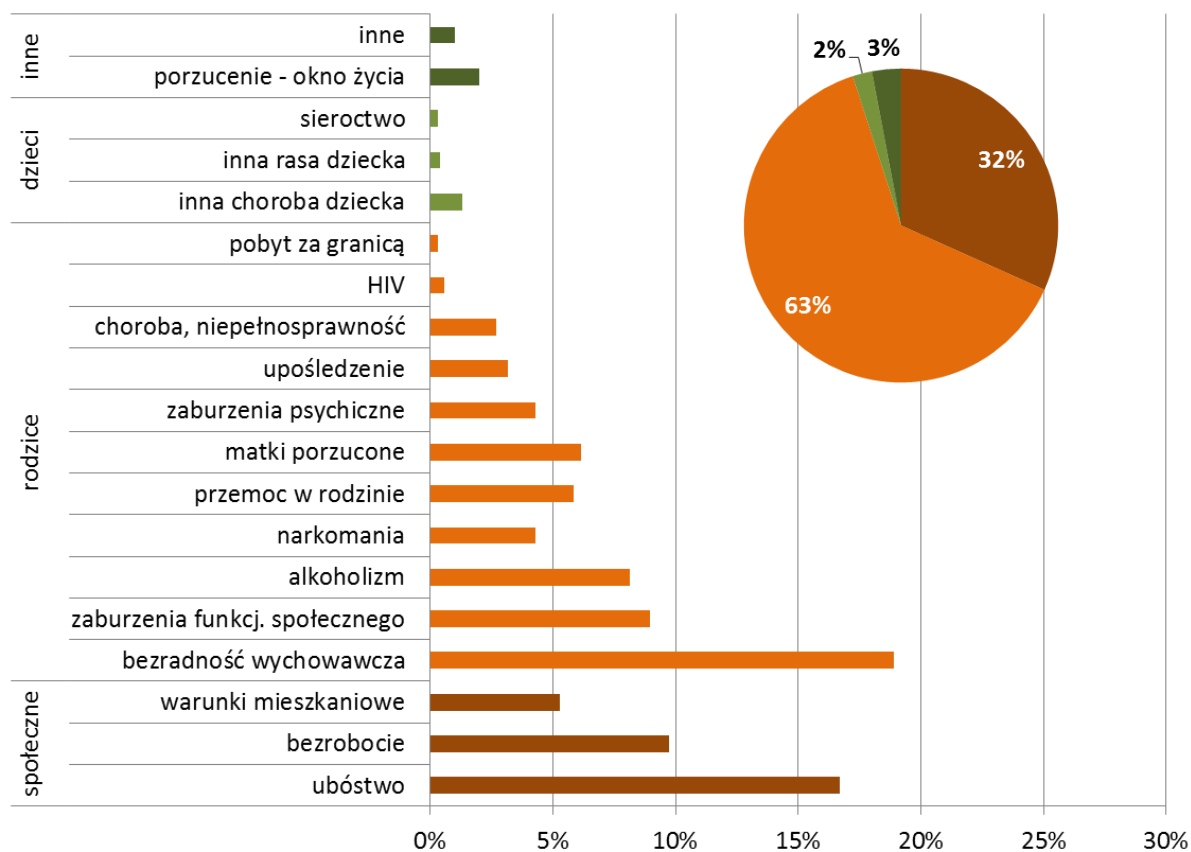
Przyczyny społeczne i ekonomiczne, które stanowią aż 32% wszystkich przyczyn umieszczenia malutkiego dziecka w IOP w głównej mierze dotyczą matek wyrażających zgodę blankietową na przysposobienie dziecka i opisane są w dalszej części raportu. Aspekt ten jest poddany analizie w dalszej części raportu.

Przyczyny społeczne bardzo często są społecznie akceptowalne – tzn. większość społeczeństwa uważa, że brak warunków materialnych jest ograniczeniem dla ilości dzieci w rodzinie więc jest oczywiste, że z tego powodu matki oddają dzieci lub sądy interweniują w taki sposób.

Trudno jest bardzo często ocenić deklarowany rzeczywisty stan materialny rodziny, chyba że jest ona objęta pomocą opieki społecznej.

Przyczyny pochodzące od rodziców (63%) są związane ściśle z ich wolą, trybem życia jaki świadomie lub nieświadomie prowadzą, z uzależnieniami, chorobami. Jest to ściśle powiązane w konsekwencji z zaburzeniami funkcjonowania społecznego i bezradnością wychowawczą, co następnie skutkuje złymi warunkami bytowymi.

Stosunkowo rzadko dzieci są umieszczane w IOP z powodu złego stanu zdrowia – chociaż jak się okazuje często po przyjęciu dziecka, wymaga ono szczególnej diagnozy i leczenia.



Wydaje się, że komentarza wymagają określenia umieszczone w powyższym wykresie, chodzi o określenie „matki porzucone”, jak i „bezradność wychowawcza”.

Matki porzucone w dzieciństwie, wychowujące się w domach dziecka, czy innych placówkach, odrzucone przez własne rodziny, to osoby, które w wyniku choroby sieroczej nie umieją nawiązywać więzi, nie potrafią rozpoznawać potrzeb innych. Poza tym są to osoby o wyjątkowo niskiej samoocenie, co ma również ogromny wpływ na ich relacje międzyludzkie.

Z kolei „bezradność wychowawcza”, to określenie postawy wychowawczej osób opisanych wyżej, ale i takich, które z innych niż omówione powodów, nie są w stanie stworzyć dziecku warunków do rozwoju. Nie chodzi tu o warunki materialne, lecz postawę i zespół cech, które zapewnią dziecku prawidłowy rozwój we wszystkich sferach, poczynając od stworzenia pierwszej więzi, a co stanowi podstawę do prawidłowego rozwoju poznawczego i emocjonalnego, po umożliwienie dorosłemu już człowiekowi, niezależnego, świadomego i opartego na wierze w siebie, funkcjonowania.

## 5.1. Dzieci pozostawione przez matki w szpitalach

Matki, które pozostawiają dzieci w szpitalach, a następnie wyrażają zgodę blankietową na przysposobienie dziecka przez nieznaną rodzinę, najczęściej podejmują współpracę z ośrodkami adopcyjnymi w celu regulacji sytuacji prawnej.

W tych przypadkach tożsamość rodziców jest znana, a intencją matki jest przekazanie dziecka innym ludziom, którzy zapewnią jej dziecku miłość i bezpieczeństwo. Matka deklaruje trwałą nieobecność i odrzucenie władzy rodzicielskiej najczęściej z przyczyn ekonomicznych: jak bezrobocie (12,9%), ubóstwo (23,6%), brak warunków mieszkaniowych, co jest powiązane z niewydolnością wychowawczą (23,9%) i samotnością w swoim najbliższym środowisku. Inni członkowie jej rodziny i najbliższe osoby nie są w stanie lub nie chcą przejąć obowiązków rodzicielskich i zapewnić dziecku opieki.

Matki pozostawiające dzieci są w większości samotne (50%), żyjące w konkubinacie (17%) lub mają dzieci pozamałżeńskie (15%) – i chociaż już dawno doszło do faktycznego rozpadu rodziny z powodów formalno-prawnych, nadal są to dzieci obojga małżonków (do momentu zaprzeczenia ojcostwa). Jednym słowem ich sytuacja osobista jest bardzo niestabilna.

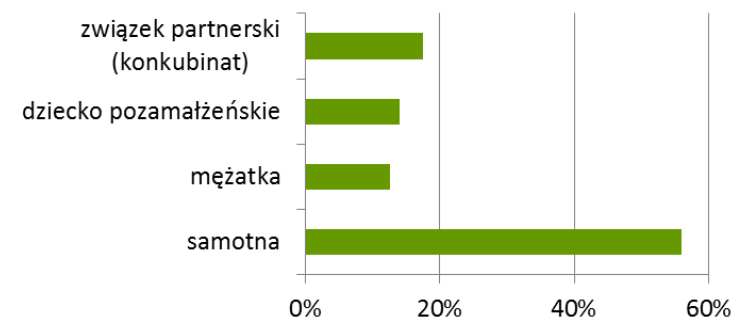
Średni czas pobytu w IOP dziecka, które matka pozostawiła w szpitalu, wynosi **61 dni**.

•••

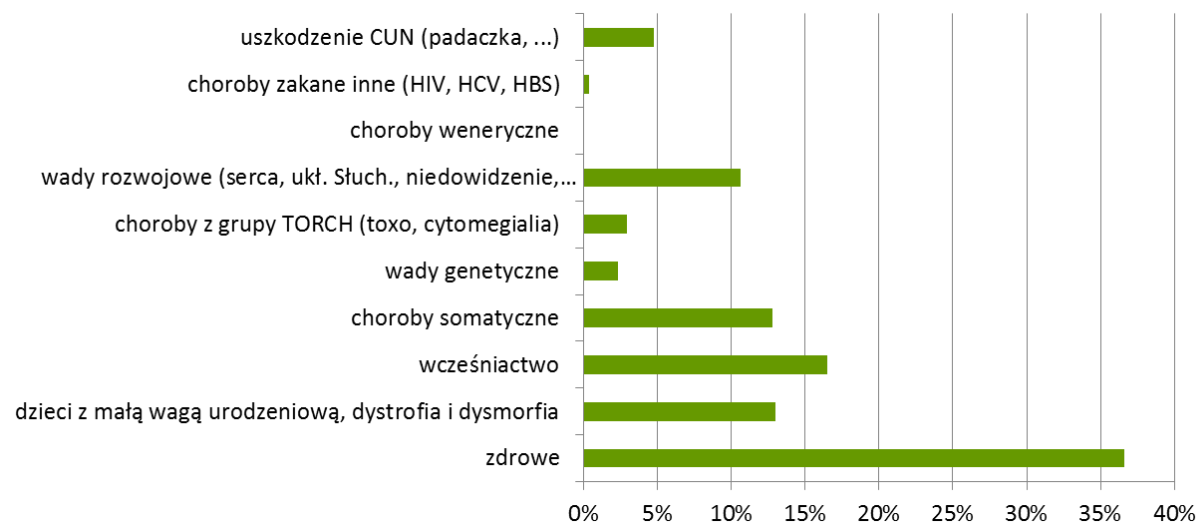
Rodzice mogą przed sądem rejonowym wyrazić zgodę na przysposobienie swojego dziecka w przyszłości bez wskazania osoby przysposabiającego – jest to tzw. Zgoda blankietowa (art. 1191 par. 1 k.r.o.).

Zgoda blankietowa nie może być wyrażona wcześniej niż po upływie 6 tygodni od urodzenia dziecka (art. 1192 k.r.o.).

•••

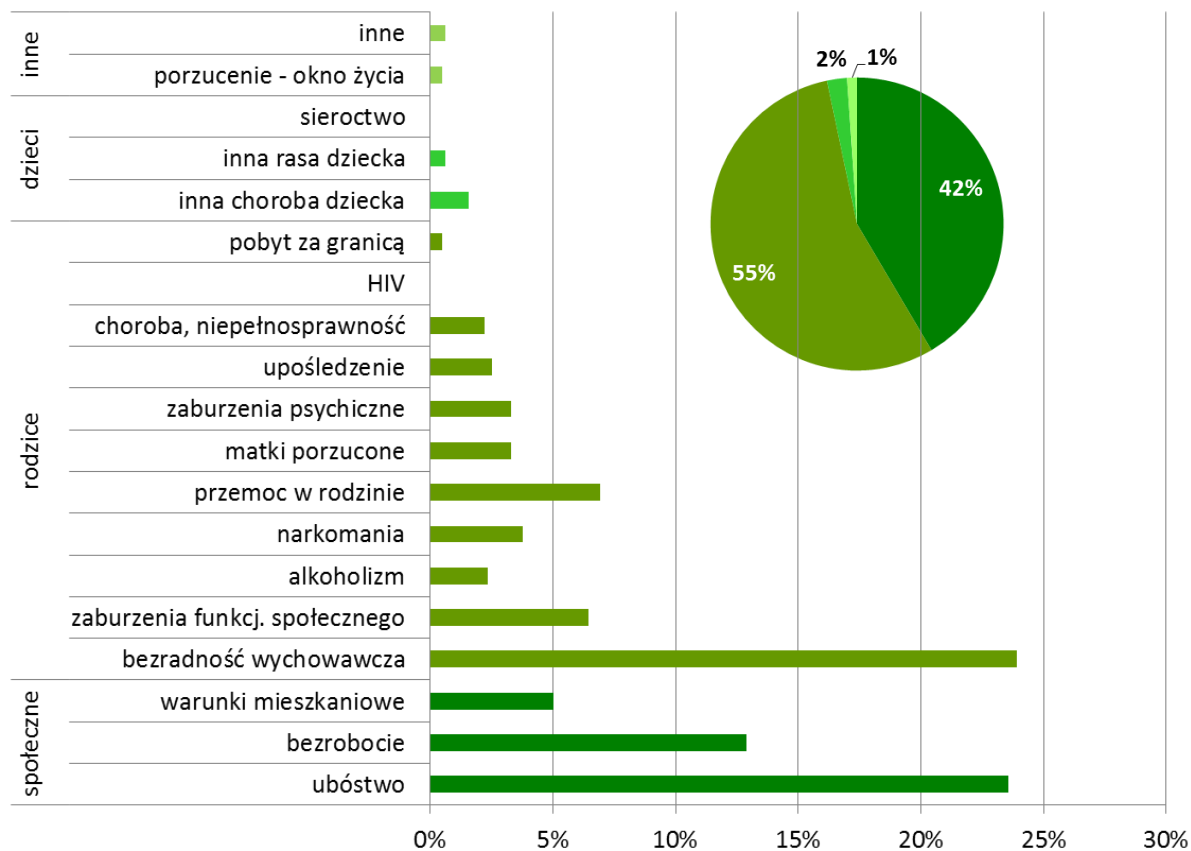


Ponieważ matki nie są objęte opieką lekarską w czasie ciąży o czym pisaliśmy już wcześniej – tylko około 36,% dzieci, to zdrowe donoszone niemowlęta. Jednak aż 30% to dzieci urodzone przedwcześnie i z niską wagą urodzeniową, z różnymi wadami rozwojowymi 11% a w konsekwencji z obniżoną odpornością i często wymagające hospitalizacji.



Wśród powodów pozostawienia dziecka i oddania go do adopcji dominują przyczyny społeczne i ekonomiczne, nasze matki samotnie borykają się z wychowywaniem kolejnych dzieci, są często bezrobotne lub nie mają stałego dochodu, są objęte opieką pomocy społecznej, są bezdomne lub mają bardzo złe warunki mieszkaniowe.

Wiele z nich nie wyobraża sobie i nie jest w stanie podjąć się wobec tego wychowania dziecka, często również dlatego, że same w dzieciństwie nie miały prawidłowych wzorców, pochodziły z rodzin rozbitych, dotkniętych różnego rodzaju uzależnieniami a często wykluczeniem społecznym – bezradność wychowawcza 24%.



Matka, która decyduje się zaraz po urodzeniu dziecka na przekazanie go do adopcji ma czas 6 tygodni (42 dni) na podjęcie ostatecznej decyzji. Jest to czas udzielenie rodzinie wsparcia i znalezienie płaszczyzny do pomocy – np. przez możliwość nawiązania więzi z dzieckiem i znalezienie wspólnej płaszczyzny do współpracy, aby dziecko mogło powrócić do rodziny. Jeżeli jednak matka nie ma wsparcia w osobach najbliższych jest to najczęściej niemożliwe.

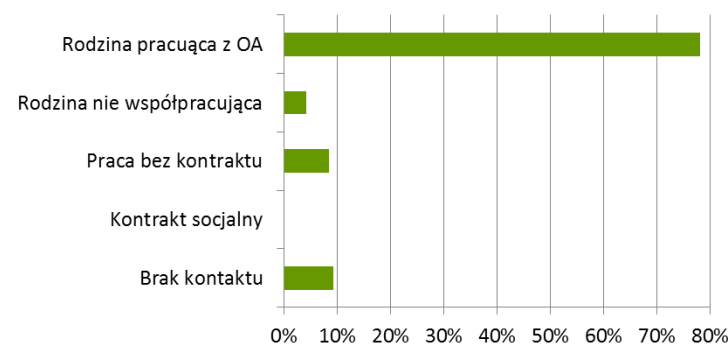


Matki już w szpitalu położniczym podejmując decyzję o oddaniu dziecka do adopcji w Oświadczeniu wskazują ośrodek adopcyjny, z którym będą dalej współpracować i który będzie udzielał im wszelkiego potrzebnego wsparcia. Aż 79% matek podejmuje aktywną współpracę z ośrodkiem adopcyjnym dla dobra dziecka.

Matki mimo swojej decyzji o powierzeniu dziecka do adopcji, nadal zachowują władzę rodzicielską, aż do wszczęcia postępowania adopcyjnego.

Mogą one codziennie odwiedzać swoje dzieci w IOP i wykonywać przy nich wszelki czynności pielęgnacyjne i opiekuńcze.

Jeżeli zmienią decyzję i powrót dziecka do domu jest możliwy staramy się udzielić wsparcia materialnego w postaci wyprawki i przygotować środowisko lokalne do udzielenia matce dyskretnej pomocy, tak aby nie była ona stygmatyzowana.



## 5.2. Dzieci skierowane do IOP przez Sądy Rejonowe

Szczególną uwagę poświęcamy dzieciom, które znalazły się w IOP na podstawie z interwencji i postanowienia sądu.

We wszystkich tych przypadkach dochodzi do zagrożenia bezpieczeństwa dziecka, jego zdrowia, a czasami życia z powodu:

- uzależnienia rodziców, a szczególnie matki od alkoholu (20%) i jest to w Polsce nadal bardzo duży problem. Wiele matek nadużywa alkoholu podczas ciąży, co skutkuje zespołem FAS u dzieci;
- uzależnienia od narkotyków (7%) – a tym samym często w konsekwencji mamy dzieci z zespołem odstawiennym, przyjmujące po urodzeniu luminal i metadon, narażone na uszkodzenie OUN;
- niewydolnością wychowawczą (12%) z powodu doświadczenia przez matkę odrzucenia, porzucenia i sieroctwa;
- długotrwałej choroby, zaburzeń psychicznych i upośledzenia umysłowego – kiedy matka nie może sprawować opieki nad dzieckiem

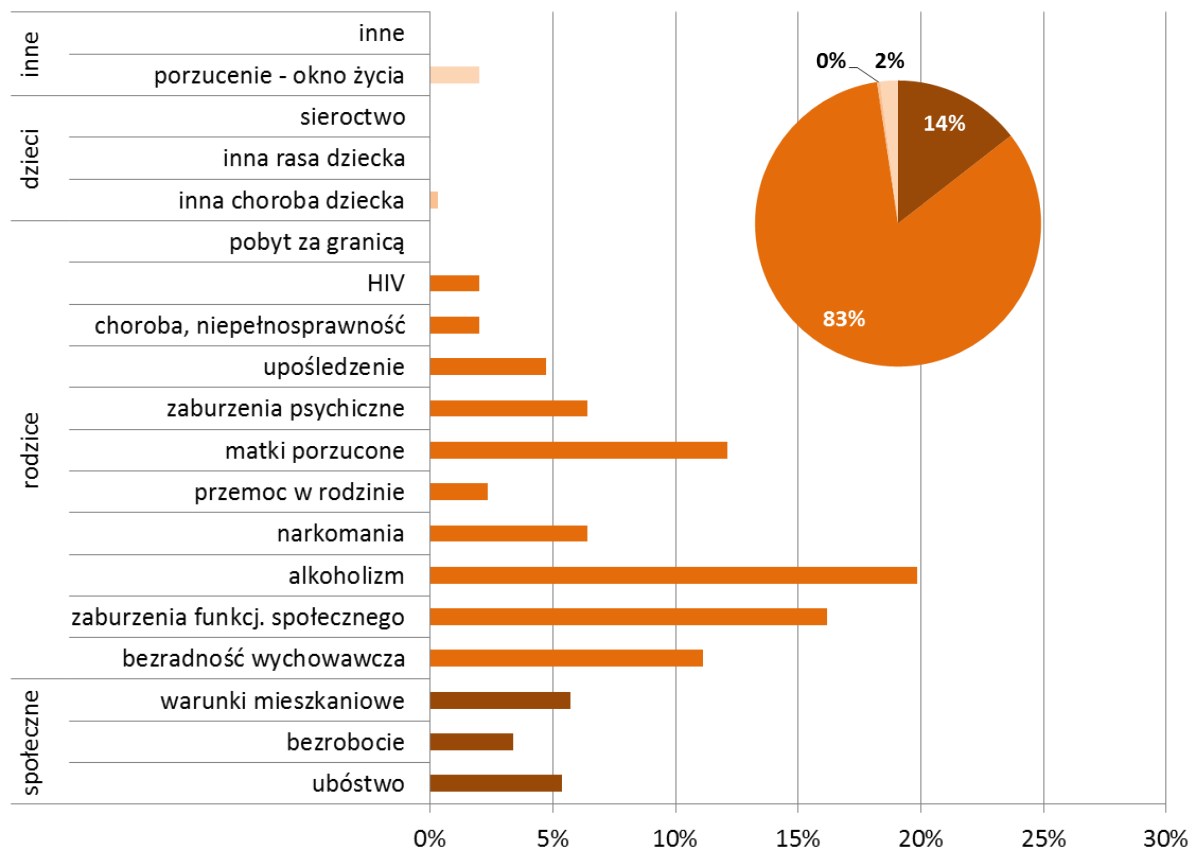
• • •

W Polsce władzę rodzicielską regulują przepisy kodeksu rodzinnego i opiekuńczego (art. 95 i 96 k.r.o).

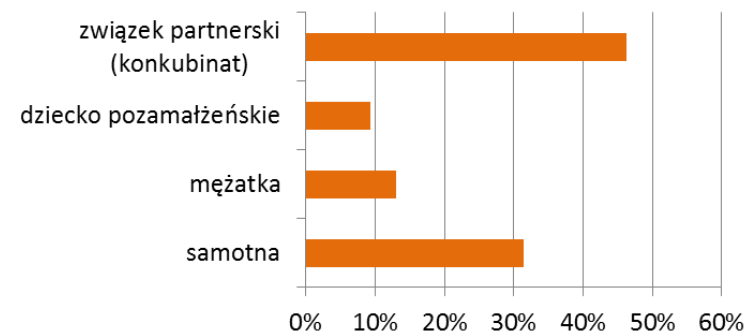
Sąd rodzinny może postanowić o pozbawieniu władzy rodzicielskiej gdy (art. 111 k.r.o):

- gdy nie może być wykonywana z powodu trwałej przeszkody( w tym całkowitego ubezwłasnowolnienia);
- rodzice nadużywają władzy rodzicielskiej;
- rodzice w sposób rażąco zaniedbują swoje obowiązki względem dziecka;

• • •

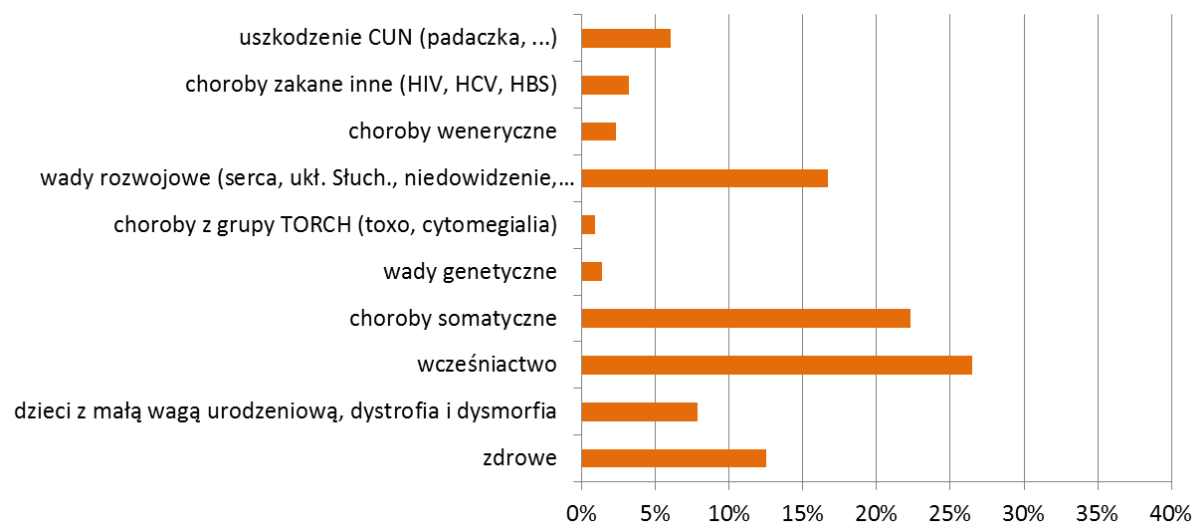


Matki dzieci skierowanych przez sąd do IOP, żyją w większości w konkubinacie, a ich partnerzy nie poczuwają się do odpowiedzialności za dziecko i przerzucają ciężar odpowiedzialności na matkę.



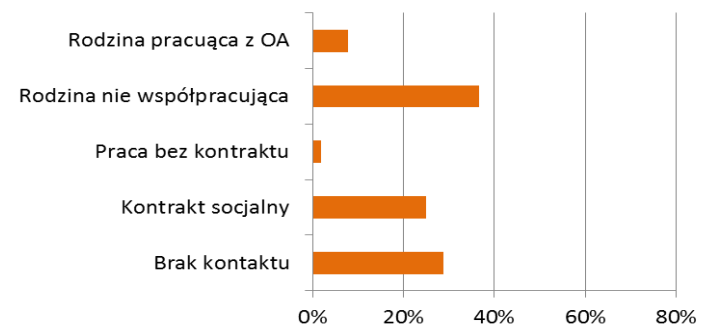
W rezultacie dzieci ponoszą konsekwencje dramatycznego życia swoich rodziców, głównie matek w postaci wcześniactwa, uszkodzenia CUN, wad rozwojowych, chorób wenerycznych i zakażeń wirusem HIV i HCV.

Tylko 13% z tej grupy badanej to zdrowe, donoszone niemowlęta.



Chociaż dochodzi do interwencji służb socjalnych, sądu a często policji i rodziny czują się niesprawiedliwie potraktowane i deklarują miłość do odebranych im dzieci, niestety zaledwie 25 % podejmuje aktywną walkę o odzyskanie dziecka.

Prawie 70 % rodziców nie współpracuje z nikim w celu odzyskania dziecka i nie ma z nimi żadnego kontaktu – a średni czas pobytu dzieci umieszczone na podstawie postanowienia sądu to aż **214 dni!**



### 5.3. Dzieci przyjmowane interwencyjnie

Kilka razy w roku przyjmujemy do IOP dzieci w tzw. trybie interwencyjnym – przywiezione przez policję, kuratorów sądowych, czasami wprost oddane przez kogoś z rodziny. Ośrodek jest czynny przez 24 godziny na dobę i zawsze jest gotowy do pomocy interwencyjnej. Przyjmujemy wtedy dziecko bez skierowania, dokumentów – w ciągu 24 godzin zawiadamiamy sąd rejonowy i rozpoczynamy dokładną analizę sytuacji.

Do interwencji w rodzinie dochodzi w wypadku zagrożenia życia i bezpieczeństwa dziecka – są to przypadki porzucenia dzieci, aktów przemocy w rodzinie i przeciwko dziecku, krzywdzenia dziecka, stanów upojenia alkoholowego rodziców, zimą - brakiem warunków do życia itd.

•••

W sytuacjach zagrożenia dobra dziecka szczególnie zagrożenia jego zdrowia i życia, każdy kto jest świadkiem takiego zdarzenia ma obowiązek pomocy i interwencji. Prawne podstawy interwencji określa Kodeks postępowania cywilnego (art. 152 k.p.c.)

Dzieci są przyjmowane do IOP przez 24 godziny na dobę . W przypadku interwencji jest możliwe przyjęcie dziecka bez żadnych dokumentów i bez skierowania. O tym zdarzeniu dyrektor IOP musi zawiadomić Sąd Rejonowy w ciągu 24 godzin.

•••

#### 5.4. Okna Życia i dzieci porzucone

W latach 2010 – 2012 przyjęliśmy 4 dzieci z „Okna Życia”.

Po przyjęciu dziecka z „Okna Życia” jest składane zgłoszenie i wnioski do Sądu Rejonowego o nadanie personaliów i sporządzenie aktu urodzenia, jeżeli data, miejsce urodzenia i dane rodziców nie są znane.

Na podstawie badania i obserwacji szacujemy datę urodzenia dziecka. Wykonujemy mu wszystkie badania diagnostyczne, aby poznać dziecko jak najlepiej. Niestety na niektóre pytania nawet odnośnie jego stanu zdrowia i rozwoju psychoruchowego nigdy nie poznamy odpowiedzi.

Jednak prawdą jest, że dziecko to nigdy nie pozna swojej historii i nigdy niczego nie dowie się o swoich rodzicach, co będzie dużą przeszkodą w budowaniu swojej tożsamości – ponieważ nie będzie znało większości odpowiedzi na nurtujące każdego z nas pytania egzystencjalne związane z naszą historią.

Także rodzice, którzy oddali dziecko do „Okna Życia” praktycznie nie mają szans na odzyskanie dziecka, chyba że zostawili jakiś ślad poświadczający ich związek z dzieckiem.

Istnieje obawa, że czasami tego typu oddanie dziecka odbywa się poza wolą i zgodą matki.



Od kilku lat z inicjatywy Kościoła powstają w Polsce „OKNA Życia” – miejsca anonimowego pozostawienia dziecka, nie gwarantujące mu jednak prawa do poznania swoich rodziców, do wiedzy o swoim pochodzeniu. Pozostawienie dziecka w „oknie życia” nie jest karane ale toczy się postępowanie odnośnie pochodzenia dziecka i dopiero jego nieskuteczność daje podstawę do sporządzenia aktu urodzenia i nadania personaliów.



## 6. Reintegracja do rodziny naturalnej – praca z rodziną naturalną w IOP

### 6.1. Opis pracy socjalnej – praca nad budowaniem więzi

Rodzice biologiczni dziecka umieszczonego w IOP mogą codziennie odwiedzać dziecko w placówce, chyba że sąd rodzinny im tego zabroni. Matki biologiczne, aż do momentu złożenia zrzeczenia blankietowego są zachęcane do odwiedzania dziecka w placówce – co ma im pomóc w zmianie decyzji o oddaniu dziecka i wywiązaniu się więzi emocjonalnych. Również rodzice dzieci, które zostały umieszczone w IOP przez sąd lub były z tzw. „interwencji” mogą odwiedzać dziecko w placówce od godz. 8 rano do godz. 18 wieczorem.

Kompensacją mankamentów pobytu w IOP, a także największym dobrem dla dziecka jest właściwe zorganizowanie współpracy z jego rodziną, tak, aby doprowadzić tam gdzie jest to możliwe do normalnych sytuacji rodzinnych i powrotu dziecka do rodziców. Rodzice naturalni są zachęcani do udziału w opiece nad swoim dzieckiem, są na bieżąco informowani o stanie jego zdrowia i poziomie rozwoju psychoruchowego, mają możliwość kontaktu z każdym z pracowników IPO, w tym w szczególności z dyrektorem placówki, lekarzami i psychologiem.

Pracownik socjalny podejmuje pracę z rodzinami biologicznymi w odzyskaniu zdolności do prawidłowego wypełniania ról rodzicielskich przez:

- analizę sytuacji życiowej (rodzinnej, materialnej i mieszkaniowej) we współpracy z asystentami rodzinnymi i pracownikami OPS;
- zbudowanie relacji z rodziną opartej na wzajemnym zaufaniu i szacunku i zasadzie pomocniczości;
- wyodrębnienie głównych przyczyn sytuacji kryzysowej a następnie określenie możliwości i sposobów ich eliminacji;
- określenie metod pracy z rodziną w oparciu o kontrakt socjalny;

• • •

#### **Art. 113. Kodeks Rodzinny i Opiekuńczy**

§ 1. Niezależnie od władzy rodzicielskiej rodzice oraz ich dziecko mają prawo i obowiązek utrzymywania ze sobą kontaktów.

§ 2. Kontakty z dzieckiem obejmują w szczególności przebywanie z dzieckiem (odwiedziny, spotkania, zabieranie dziecka poza miejsce jego stałego pobytu) i bezpośrednie porozumiewanie się, utrzymywanie korespondencji, korzystanie z innych środków porozumiewania się na odległość, w tym ze środków komunikacji elektronicznej.

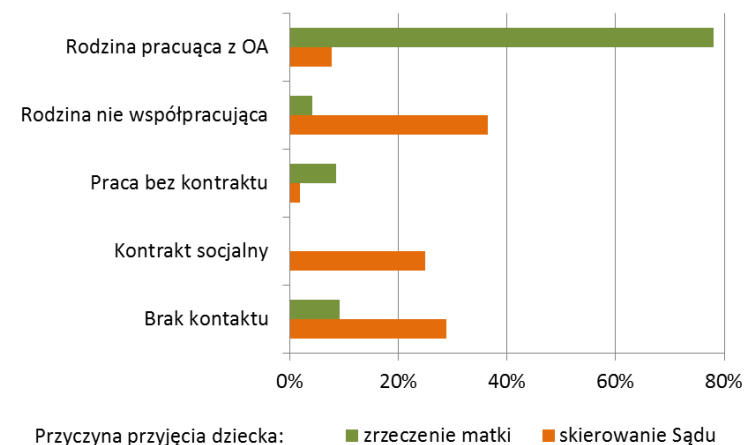
• • •

- podjęcie systematycznej pracy i określonej w czasie nad reintegracja do środowiska rodzinnego w oparciu o kontrakt socjalny we współpracy z rodziną, sądem, OPS i organizacjami wspomagającymi rodzinę;
- systematyczne omawianie i dokonywanie oceny realizowanych zadań.

**Z doświadczeń IOP wynika, że TYLKO około 9% dzieci powraca do swoich rodzin biologicznych.**

## 6.2. Rezultaty pracy socjalnej

- Mimo że doszło do zagrożenia zdrowia i życia dziecka i rozpoznania tej sytuacji przez osoby zewnętrzne, regulacja sytuacji prawnej dziecka trwa dłużej niż u matek zrzekających się, a rodziny nie współpracują z IOP, ośrodkami pomocy społecznej i kuratorami sądowymi;
- Aż 38% rodzin, którym ograniczono władzę rodzicielską w ogóle nie chce współpracować w celu powrotu dziecka do domu; a mimo usilnych starań i poszukiwań nie udaje nam się nawiązać kontaktu z 29% rodzin;
- Wśród rodzin, które podjęły współpracę i podpisały kontrakt socjalny, w którym pracownik socjalny jest zobowiązany do pomocy rodzinie, tylko pojedyncze przypadki wywiązują się ze planów. Większość przerywa współpracę, ponieważ przywiązanie do dotychczasowego życia jest silniejsze niż więź z dzieckiem.
- We wszystkich sprawach opiekuńczych naszych dzieci opiniujemy do sądu – informując o pracy z rodziną, odwiedzinach u dziecka, stanie zdrowia dziecka i problemach rozwojowych. Uczestniczymy w charakterze świadka w rozprawach sądowych. Jednak tylko czasami nasze informacje są istotne dla sądu.





- Ustawa o wspieraniu rodziny i pieczy zastępczej podkreśla fakt współpracy środowisk lokalnych, sądów i ośrodków – jednak mamy poważne trudności w kontaktach z sądami.
- Z naszych doświadczeń wynika, że analizie sądowej podlega sytuacja rodziny i deklarowana motywacja matki, a nie rzeczywiste zainteresowanie dzieckiem i obiektywna ocena osób się nim opiekujących.
- Rodzice naturalni mogą mieć przed sądem swojego pełnomocnika, jednak do momentu ustanowienia opieki prawnej (czyli zakończenia postępowania opiekuńczego) dziecka nie ma takiego pełnomocnika, który reprezentuje jego interesy.

## 7. Podsumowanie i wnioski

- Zaspokojenie potrzeby przywiązania, najsilniejszej potrzeby człowieka – która jednocześnie jest motorem do działania i rozwoju, nie jest możliwe w czasie przebywania dziecka w instytucjonalnej pieczy zastępczej.
- Malutkie dziecko pozbawione opieki rodzicielskiej jest absolutnie bezradne i całkowicie zleżne od innego dorosłego, nie komunikuje się werbalnie i dlatego często jest niezrozumiane. Podążanie za potrzebami dziecka jest naszym nadrzędnym celem.
- Choroba sieroca, która w wyniku frustracji tej potrzeby powstaje, determinuje rozwój dziecka we wszystkich sferach, powodując że jego rozwój i funkcjonowanie nie przebiega prawidłowo. Doprowadza to w najlepszym wypadku do rozwoju nieharmonijnego, zaburzeń emocjonalnych w postaci złych reakcji przywiązaniowych, opóźnienia rozwoju poznawczego.
- Największym „wrogiem” dziecka pozbawionego rodziców jest czas,
- Dorosłe osoby długo pozbawione w dzieciństwie rodziny, często też mają problemy z tworzeniem więzi w swoich związkach, doświadczają trudności w prawidłowym funkcjonowaniu społecznym i bezradności wychowawczej. W konsekwencji ich dzieci również wychowują się w instytucjonalnej pieczy zastępczej.

