

**Dzieci – uchodźcy.
Standardy,
narzędzia diagnozy
i wsparcie
psychologiczne.**

**Dzieci – uchodźcy.
Standardy,
narzędzia diagnozy
i wsparcie
psychologiczne.**



Warszawa, 2022

**Opracowanie: Marta Piegat–Kaczmarczyk,
Karolina Czerwińska, Agnieszka Kosowicz**

Wydawca:

Fundacja Polskie Forum Migracyjne

Adres siedziby: ul. Szpitalna 5/14, 00-031 Warszawa

info@forummigracyjne.org

www.forummigracyjne.org

Opracowanie graficzne: Karolina Kotowska

Redakcja: Karolina Czerwińska, Agnieszka Kosowicz

Zdjęcia: Anna Maciejko, Agata Jagiełło, Tomek Kaczor,

Marta Piegat-Kaczmarczyk



Bezpieczna przystań

Projekt współfinansowany z Programu Krajowego

Funduszu Azylu, Migracji i Integracji

Wylączna odpowiedzialność za wyrażone opinie spoczywa na autorze i Komisja Europejska oraz Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji nie ponoszą odpowiedzialności za sposób wykorzystania udostępnionych informacji.

Więcej o projekcie „Pierwsze kroki w Polsce. Wsparcie prawne, psychologiczne i integracyjne dla dzieci i dorosłych poszukujących ochrony w Polsce”:

<https://forummigracyjne.org/projekty>

ISBN: 978-83-960814-6-9

Dzieci – uchodźcy. Standardy, narzędzia diagnozy i wsparcie psychologiczne.

Agnieszka Carrasko-Żylicz

Katarzyna Janczewska-Arčon

Kamil Kamiński

Anna Kawalska

Leszek Drozdowski

Marta Piegat-Kaczmarczyk

Zuzanna Rejmer

Beata Staniszevska

Jolanta Zmarzlik

Zuzanna Rejmer

redakcja:

Karolina Czerwińska, Agnieszka Kosowicz

Spis treści

1. Wprowadzenie	6	3. Z. Rejmer (red.), Standardy diagnozy specjalistycznej dzieci z doświadczeniem przymusowej migracji	56
2. Wsparcie psychologiczne dzieci i młodzieży z doświadczeniem przymusowej migracji	10	4. Narzędzia wspierające diagnozę dzieci z doświadczeniem uchodźstwa	68
I. A. Carrasco–Żylicz, Systemowe wsparcie rodzin doświadczonych przymusową migracją	11	I. B. Staniszewska, Wprowadzenie do procesu diagnozy oraz narzędzia psychometryczne	69
II. M. Piegat–Kaczmarczyk, Podejście skoncentrowane na zasobach w pracy z dziećmi i młodzieżą z doświadczeniem uchodźstwa	18	II. M. Piegat–Kaczmarczyk, Diagnoza funkcjonowania emocjonalnego, społecznego oraz skutków traumy – przegląd narzędzi diagnostycznych	79
III. A. Kawalska, Praca grupowa i arteterapia jako forma wsparcia dzieci z doświadczeniem przymusowej migracji	27	5. O autorkach i autorach	86
IV. L. Drozdowski, Regulacja psychosomatyczna kluczem do pracy z dziećmi po doświadczeniu traumy	37	6. O Fundacji Polskie Forum Migracyjne	87
V. K. Janczewska-Arčon, Praca psychologiczna z migrantami i uchodźcami za pośrednictwem tłumacza	48		

1.

Wprowadzenie

**Karolina Czerwińska,
Fundacja Polskie Forum Migracyjne**

Przekazujemy w Państwa ręce publikację o pracy psychologicznej z dzieckiem – uchodźcą. Poprzez zbieg różnych okoliczności premiera książki ma miejsce cztery tygodnie po wszczęciu przez Rosję wojny w Ukrainie. Przygotowując zebrane tu teksty – a trwało to niemal dwa lata – nie mogliśmy przypuszczać, jak bardzo aktualna stanie się potrzeba usystematyzowania dobrych praktyk z zakresu diagnozy dzieci z doświadczeniem przymusowej migracji, wsparcia psychologicznego, pracy z tłumaczem.

Naszą ambicją było nie tyle zaproponowanie wyboru eksperckich artykułów i opracowań, a raczej stworzenie platformy wymiany wiedzy i doświadczeń między psychologami i psychologami pracującymi z dziećmi – uchodźcami. Punktem wyjścia prowadzącym do powstania tej książki były spotkania, dyskusje, wspólna praca autorów i autorek. W ten właśnie sposób środowisko psychologiczne po raz pierwszy wypracowało standardy diagnozy dzieci z doświadczeniem przymusowej migracji.

Książkę adresujemy do psychologów, terapeutów, pedagogów. Wierzymy, że będzie ona pomocnym narzędziem na etapie przygotowań do diagnozy i jej realizacji, wyboru narzędzi diagnostycznych i przygotowań do pracy terapeutycznej w gabinecie. Niektóre z treści mogą być użyteczne dla szerszego grona osób pracujących z dziećmi, np. rozdział dotyczący arteterapii może stać się inspiracją dla nauczycieli. Zwracamy jednak uwagę, że niektóre z publikowanych tu treści są skierowane wyłącznie do psychologów – osób z odpowiednimi uprawnieniami i umiejętnościami diagnostycznymi i terapeutycznymi. Pierwsza część publikacji zbiera doświadczenia wypracowane

przez poszczególnych członków grupy roboczej w ich wieloletniej praktyce. Agnieszka Carrasco-Żylicz poruszyła kwestię pracy nie tylko z dzieckiem, ale także z otaczającą go rodziną oraz zwróciła uwagę na postawę „bezwartkowej akceptacji” terapeuty wspierającego rodzinę po doświadczeniu przymusowej ucieczki z kraju pochodzenia. Marta Piegat-Kaczmarczyk zaprezentowała zalety Terapii Skoncentrowanej na Rozwiązaniach (TSR) w kontekście pracy z małymi migrantami i migrantkami. Z kolei Anna Kawalska – przybliżyła swoje doświadczenia arteterapeutyczne i pracy grupowej. Terapeutyczne walory ruchu i potrzeby związane z regulacją psychofizyczną opisuje Leszek Drozdowski.

Druga i trzecia część publikacji ma bardziej sformalizowany charakter. Staraliśmy się zaproponować w tych częściach rekomendowany kanon działań przyjętych w diagnostyce psychologicznej dzieci – uchodźców. Cały zespół roboczy – w drodze dyskusji – opracował propozycję standardów, które powinny obowiązywać na etapie ich diagnozy. Standardy te dotyczą m. in. kwalifikacji psychologa–diagnosty, miejsca i warunków prowadzenia diagnozy, struktury opinii psychologicznej. Następnie Marta Piegat-Kaczmarczyk i Beata Staniszevska opracowały przegląd narzędzi psychometrycznych i diagnostycznych – także tych neutralnych kulturowo i pozawerbalnych.

Publikacja „Dzieci – uchodźcy. Standardy, narzędzia diagnozy i wsparcie psychologiczne” powstała w ramach 27-miesięcznego projektu „Pierwsze kroki w Polsce. Wsparcie prawne, psychologiczne i integracyjne dla dzieci i dorosłych poszukujących ochrony w Polsce”. Realizując projekt prowadziliśmy

regularną terapię dzieci, młodzieży i dorosłych w ośrodkach dla cudzoziemców. Wspieraliśmy najmłodsze dzieci w rozwoju motorycznym i poznawczym, dzięki działaniom specjalisty wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci. Ponadto przeszkoliliśmy setki nauczycieli i psychologów w ramach kilkietapowych szkoleń pt. „Szkola międzykulturowa w praktyce” oraz „Praca psychologiczna z dzieckiem z doświadczeniem przymusowej migracji”. Wszystkie te działania będą kontynuowane także po zakończeniu projektu.

„Te spotkania są ulgą dla mnie i dla mojego syna. Sprawiają, że odzyskujemy kontrolę nad naszym życiem” – powiedziała nam kiedyś pani P. z Czeczenii, która już od wielu tygodni przychodzi do Fundacji Polskie Forum Migracyjne na spotkania z psycholożką. Fundacja jest jednym z nielicznych miejsc w Polsce, gdzie już od piętnastu lat dorośli i dzieci z doświadczeniem migracji mogą uzyskać bezpłatne wsparcie psychologiczne. Pracujemy z dziećmi i mamami z Czeczenii, które od lat tkwią w procedurze ochrony międzynarodowej, nie mogą poczuć się w Polsce jak w domu – choć żadnego innego nie mają. Wspieramy Afgańczyków ewakuowanych z Kabulu, a także rodziny i dzieci wielokrotnie wywożone do lasu przez polskie i białoruskie służby w ramach tzw. „obrony” granicy z Białorusią. W chwili wydawania tej książki stajemy przed wyzwaniem otoczenia wsparciem setek tysięcy uchodźców z Ukrainy.

Pisząc te słowa w marcu 2022 roku wiemy już, że wiedza, którą kumulowaliśmy w naszej organizacji – dotąd uznawana za ekspercką i nieco egzotyczną – stała się niezbędnikiem każdego psychologa pracującego w Polsce. Praca z klientem, który

zmierzył się z ucieczką z bombardowanego domu, będzie powszechnym doświadczeniem w wielu gabinetach i poradniach. Wydając tę książkę jednocześnie deklarujemy, że Fundacja Polskie Forum Migracyjne stawia sobie za cel nie tylko wspieranie uchodźców, ale także specjalistów – psychologów, nauczycieli, pedagogów – którzy będą z nimi pracować przez nadchodzące tygodnie, miesiące i być może lata. Jesteśmy do Waszej dyspozycji.



fot. Anna Maciejko

2.

**Wsparcie psychologiczne
dzieci i młodzieży
z doświadczeniem
przymusowej migracji**



fol. Agata Jagiełło

I. Systemowe wsparcie rodzin doświadczonych przymusową migracją

Agnieszka Carrasco-Żylicz

„Szczęście, którego wyczekujemy potrafi zburzyć to,
które właśnie przeżywamy”

(fragment z książki „Ulisses z Bagdadu”,
Eric –Emmanuel Smith)

Migracja jest złożonym zjawiskiem społecznym i psychologicznym.

Ludzie od zarania wieków migrują. Wędrują często całymi rodzinami w poszukiwaniu miejsca do życia. Warto przypomnieć, że w na przełomie lat 80. i 90. XX wieku Polacy byli jedną z najliczniejszych grup uchodźców w Europie. Z powodów politycznych i ekonomicznych emigrowały z Polski całe rodziny. Dziś wiele rodzin wybiera Polskę za cel migracji licząc na wsparcie i bezpieczne warunki życia.

Współcześnie motywy decyzji rodziny o wyjeździe z kraju pochodzenia bywają bardzo różne. Czasem jest to próba wyrwanie się ze skrajnej nędzy i chęć polepszenia warunków bytowych rodziny. Innym razem – możliwość leczenia członka rodziny, ratowania bliskiej osoby, tak jak w przypadku **Samira**. Przyjechał z żoną i dwójką dzieci do Polski z Maroka. Jego najmłodszy syn ma autyzm. W Europie miał szansę na znalezienie pomocy w leczeniu i edukacji chłopca. Znajomy załatwił mu pracę. Rodzina od 5 lat mieszka w Polsce.

Niekiedy o migracji decyduje potrzeba edukacji i rozwoju. **Samuel** przyjechał do Polski z Ruandy, by móc studiować. Wygrał konkurs ogłoszony przez jedną z wyższych uczelni, która przyznała mu stypendium. Niemalże cała okolica gdzie mieszkał, wszyscy znajomi i bliscy złożyli się na bilet dla niego do Europy.

Wiele rodzin zmuszonych jest do ucieczki z własnego kraju przed prześladowaniami czy bezpośrednim zagrożeniem życia. **Said i Majda** uciekli z Syrii, aby ocalić czwórkę swoich dzieci i wnuka. Wszystkim członkom rodziny przyznano status uchodźcy.

2021 rok przyniósł wiele zmian w statystkach dotyczących krajów pochodzenia osób szukających w Polsce ochrony. Do Polski ewakuowano wiele rodzin z Afganistanu. Otworzył się także nowy migracyjny szlak do Unii Europejskiej przez Białoruś i Polskę – dotarło nim do Polski kilka tysięcy osób pochodzących z Iraku (Kurdowie), Syrii, Jemenu, ale także z Konga, Iranu, Etiopii. Wiele z nich wielokrotnie przeżyło push-backi, spędziło wiele dni w lesie i doświadczyło traumatyzujących zdarzeń. Następnie w lutym 2022 wybuchła wojna w Ukrainie, a w kierunku Polski ruszyły setki tysięcy ludzi szukających bezpieczeństwa. Nie należy także zapominać o osobach poszukujących w Polsce azylu i pochodzących ze zniszczonej przez wojnę i przemoc Czeczenii czy Inguszetii, ale także Gruzji, Armenii, Tadżykistanu – przed 2022 rokiem z tych krajów pochodziła zdecydowana większość uchodźców docierających do Polski. Doświadczenia współczesnych migrantów to często rozdzielanie rodziny, śmierć bliskich, rozpad społeczności z powodu konfliktów. Niejednokrotnie – klęski i katastrofy naturalne. Migranci doświadczają często cierpienia z powodu wyzysku ekonomicznego, utraty statusu społecznego czy przemocy. Stają się nierzadko ofiarami przemytników i handlarzy ludźmi.

Rodzice, którzy decydują się na opuszczenie kraju pochodzenia, chcieliby zapewnić swoim dzieciom bezpieczne warunki do życia i rozwoju. Dorośli podejmują decyzję za siebie i dzieci. Robią to świadomie. Jednak dzieci są zwykle pozbawione wpływu na ich decyzje.

Nie wiedzą, co je czeka, dokąd pojadą i jak będzie wyglądało życie rodziny.

Mohamed (16 lat) przyjechał z rodziną do Polski z Egiptu. Rodzice powiedzieli mu, że przenoszą się do Niemiec (gdzie osiedlili się już wcześniej ich krewni). W Polsce mieli zostać tylko przez krótki czas. Tak się nie stało. Mohamed nie pogodził się z decyzją rodziców. Obwinił ojca, z którym wszedł w konflikt. Trafił do szkoły gdzie nie potrafił się zaadaptować. Miał trudności z nauką polskiego. Nie był w stanie poradzić sobie szczególnie z matematyką. Doświadczył przemocy ze strony kolegów z klasy. Po kilku miesiącach wycofał się z życia. Przestał chodzić do szkoły, uprawiać sport, spotykać się z kolegami. Całymi dniami leżał w łóżku, nie rozmawiał z rodzicami, rodzeństwem. Odmawiał jedzenia i uczestniczenia w życiu rodzinnym. Próbował targnąć się na swoje życie.

Sytuację psychologiczną uchodźców, ale także całego systemu rodzinnego, bardzo trafnie opisuje psychiatra dr Joseba Achotegui z Uniwersytetu w Barcelonie. Cierpienia, udrękę uchodźstwa nazwał on „syndromem Ulissesa”¹. Nazwa ta pochodzi od głównej postaci epepei Homera „Odysei”. Ulisses musiał stawić czoła trudnościom po tym, gdy opuścił rodzinny dom. Podróżował przez Morze Śródziemne, zmagając się z wieloma przeciwnościami losu. Syndrom Ulissesa objawia się u migrujących osób chronicznym stresem, nasilającym się niepokojem, poczuciem bezradności. Osoba odczuwa nawracający smutek, przygnębienie, czasem silną frustrację spowodowaną niespełnieniem oczekiwań, osobistych i rodzinnych planów.

1. Joseba Achotegui, *La Inteligencia Migratoria*, NED Ediciones, Barcelona, 2018.

Uchodźcy często wspominają o doskwierającym im poczuciu bycia niezauważanym, często wręcz poczuciu bycia intruzem. Doświadczają wyobcowania, wymuszonej samotności, izolacji społecznej z powodu nieznamości języka lub – co szczególnie dramatyczne – bezpośredniego ograniczenia wolności z powodu pobytu w tzw. detencji². Udręką psychiczną staje się często tymczasowość, niepewność przyszłego losu. Wiele z rodzin oczekuje na przyznanie statusu uchodźcy i liczy się z odmową, miesiącami przebywając w ośrodkach dla cudzoziemców, otwartych lub zamkniętych (detencja). Dr Joseba Achotegui używa metafory „łodygi”, która pod wpływem silnego wiatru i ulewy ugina się, ale nie łamie. Kiedy nawałnica mija, ma szansę na nowo powrócić do pierwotnej formy. Syndrom Ulissesa jest reakcją na stres, a nie chorobą psychiczną. Nie oznacza to jednak, że przeżywane trudności nie mogą doprowadzić migrantów do niej w przyszłości. Istnieje duże niebezpieczeństwo, że utrzymujący się stres i niesprzyjające warunki życia, brak wsparcia i pomocy zarówno psychologicznej, jak i społecznej, mogą doprowadzić do rozwinięcia się u niektórych osób zaburzeń depresyjnych czy zaburzeń stresu pourazowego. Często także u członków rodziny pojawiają się różnego rodzaju uzależnienia.

2. Sąd może podjąć decyzję o umieszczeniu cudzoziemca w ośrodku dla cudzoziemców, jeśli istnieje wysokie ryzyko ucieczki lub ukrywania się lub gdy stanowi on zagrożenie dla obronności i bezpieczeństwa państwa, lub jeśli została wydana lub jest wykonywana decyzja o zobowiązaniu do powrotu (tzw. decyzja deportacyjna). W praktyce – detencja jest stosowana częściej, także wobec rodzin z dziećmi.

Rozpoczęcie życia w całkowicie nowym kraju i kulturze wymaga od rodziny i jej członków ogromnej siły i odporności. Rodzina nagle znajduje się z dala od bliskich, przyjaciół i musi liczyć tylko na siebie. Dorośli są wyrwani z ich dotychczasowego środowiska życia, pozbawieni często pracy. Dzieci mierzą się z zmianą szkoły, utratą relacji rówieśniczych.

Sytuacja migracji wpływa na relacje i wewnętrzną strukturę rodziny. I bywa, że dzieci przejmują rolę rodziców. Opanowują szybciej nowy język, adaptują się do nowych warunków życia. Stają się pośrednikiem, zastępując dorosłych w kontaktach z urzędnikami, lekarzem czy sąsiadami. Ulega zmianie układ podziału ról pomiędzy dorosłymi. Kobieta, która do tej pory pełniła wyłącznie rolę matki i żony podejmuje się nierzadko pracy zarobkowej. Przejmuje odpowiedzialność za utrzymanie rodziny, zastępując w tym męża. Dorosły syn przejmuje rolę ojca. To tylko niektóre z przykładów.

Często tak drastyczne przeorganizowanie życia członków rodziny odbiera im dotychczasową sprawczość i kontrolę nad swoim losem. Jedne zdolności rodziny (jej członków) zostają przytłumione, zahamowane, inne – nabierają nowej dynamiki. To, co dzieje się z poszczególnymi osobami w rodzinie, wpływa na innych. Trudności emocjonalne jednej osoby, najczęściej któregoś z dzieci, odzwierciedlają słabość wewnętrzną całej rodziny. Bardzo ważne jest według mnie to, by terapeuta mógł spotykać się i pracować ze wszystkimi członkami rodziny uchodźczej. Mieć możliwość obserwacji i poznania całej rodziny tak, aby móc zobaczyć w niej system relacji i powiązań.

Jak pomagać i wspierać psychologicznie rodziny uchodźcze ?

Moim zdaniem podejście systemowe otwiera i daje specjalistom możliwość skutecznych interwencji i pomagania. Dla terapeuty systemowego z założenia każda rodzina i jej historia jest wyjątkowa i niepowtarzalna. Można powiedzieć, że w nurt ten jest wpisana międzykulturowość. Każda rodzina tworzy bowiem odrębny system kulturowy, na który wpływ ma kultura narodowa kraju pochodzenia, jak i wartości, historia samej rodziny. Terapeuta systemowy z ciekawością i otwartością może pełnić rolę „towarzysza rodziny” na jej nowej drodze życia. Bardzo ważne, moim zdaniem, w pracy z rodzinami uchodźczymi jest przyjęcie przez terapeutę **postawy bezwarunkowej akceptacji**.

Terapeuta systemowy przyjmuje rolę przyjaznego obserwatora, towarzysza, który nie ma gotowych rozwiązań, ale poszukuje ich wspólnie z rodziną. Terapeuta niczemu się nie dziwi, nic go nie zaskakuje. Jego celem od początku jest tworzenie i podtrzymywanie klimatu zaufania. Stara się on dać rodzinie i każdemu z osobna poczucie bezpieczeństwa. Jest to możliwe, kiedy terapeuta traktuje swoje działania jako przestrzeń spotkania i wymiany. Rezygnuje z roli specjalisty. Przyjmuje z pokorą, że rodzina sama dla siebie może stać się terapeutą. Ma w sobie odwagę, aby zmierzyć się z opowieścią i historią rodzinną – często odmienną od jego doświadczeń. Jest on gotowy i przygotowany na to, że to, co usłyszy od rodziny może być sprzeczne z tym,

co mu znane, do czego do tej pory był przekonany, co uważał za słuszne. Dlatego tak istotne jest, by terapeuta potrafił kierować się wiarą, że są takie dobra jak wolność, sprawiedliwość, poszukiwanie szczęścia, miłości – wspólne dla wszystkich ludzi niezależnie od religii, kultury, miejsca pochodzenia. Bliskie jest mi zdanie rabina Jonathana Sacksa, który w swojej książce „Godność różnic” napisał: „Kultury są jak języki. Świat przez nie opisywany jest taki sam, lecz sposoby jego opisywania nie-skończoność się różnią. Angielski to nie francuski (...) Każdy język jest wytworem określonej społeczności i jej historii, wspólnych doświadczeń i wrażliwości”. Podobnie jest z rodzinami. Poprzez postawę akceptacji jesteśmy w stanie zrozumieć potrzeby, oczekiwania i specyfikę rodziny i jej drogi.

Kluczowe, moim zdaniem, jest nawiązanie i zbudowanie bliskiej indywidualnej relacji z rodziną. Terapeutycznej więzi. Swoistego przymierza. Możliwość rozmowy terapeuty z rodziną w ich rodzimym języku, znajomość i wcześniejsze poznanie specyfiki kultury, religii, którą wyznają członkowie rodziny, niezwykle ułatwia pracę i budzi zaufanie. Wspaniale, jeśli terapeuta traktuje członków rodziny jako ekspertów, źródło informacji, wiedzy o kulturze, tradycjach, kraju pochodzenia.

Rodzina potrzebuje od terapeuty zauważenia i docenienia. Bardzo ważne jest, by terapeuta znał i potrafił prawidłowo wypowiadać imiona członków rodziny. Okazywał ciekawość, autentyczne zainteresowanie losem i bieżącymi sprawami rodziny.

W pracy z rodzinami uchodźców niezwykle ważna jest również **umiejętność empatycznego i aktywnego słuchania.**

Uważność, dopytywanie się terapeuty o szczegóły z historii rodziny, zapamiętywanie informacji dotyczących kraju pochodzenia, rodzinnych tradycji itp.

Trudnym, lecz bardzo istotnym zadaniem terapeuty w czasie spotkań i rozmów z rodziną jest przywracanie jej naturalnych zasobów. Dzieje się tak wtedy, gdy terapeuta docenia, zauważa dotychczasowe wysiłki, zmagania tak całej rodziny, jak i jej członków.

W przywracaniu siły i wpływu na swoje życie pomocny jest **genogram**, czyli rysowanie wspólnie z rodziną jej drzewa pochodzenia, albo tzw. **linii życia rodziny.**

Dają one członkom rodziny, zarówno dorosłym jak i dzieciom, możliwość sięgania do rodzinnych korzeni, przypomnienie sobie bliskich, opowiadania historii z nimi związanych. Pozwalają zmniejszyć poczucie osamotnienia, odzyskać na nowo poczucie tożsamości. Dzieci mają okazję, by poznać imiona założycieli, rodzinnych bohaterów. Kim byli, czego dokonali. Wysłuchać opowieści rodziców o ważnych dla nich miejscach, wydarzeniach związanych z rodzinami pochodzenia rodziców. Genogram umożliwia rozmowę o tym, co zwykle w rodzinach trudno wyrazić – uczuć związanych z migracją.

Terapeuta daje przyzwolenie i pomaga we wzajemnym otwarciu się członków rodziny na bezpieczne ujawnienie i wyrażenie trudnych emocji. Kogo mi najbardziej brakuje? O kim codziennie myślę? Do jakich miejsc wracam, za czym tęsknię? Ale też czego się obawiam? Co dziś wydaje się najtrudniejsze, najbardziej niepokojące? Ale też co jest siłą naszej rodziny, jakie przekonania, nauki rodzinne, wartości mogą dziś być pomocne i być dziś źródłem siły?

Linia rodzinnego życia umożliwia rodzinie popatrzenie na swoje życie z perspektywy – tak, by połączyć niełatwy moment emigracji z przeszłością. Nie odciąć się od soków i korzeni rodzinnego drzewa, i nadal móc czuć się jego ważną częścią. Pomocne w rozmowach z rodziną jest motywowanie jej członków do stworzenia nowej opowieści o obecnej sytuacji. Próba pozytywnego przeformułowania, nadanie innego znaczenia i zmiany kontekstu obecnego życia. Poszukiwanie korzyści, pozytywnych stron emigracji.

W zmianie perspektywy, szukaniu alternatywnych rozwiązań, odkrywaniu w relacjach rodzinnych zasobów i mocnych stron pomocne są opowieści i bajki, opowiadane przez terapeutę rodzinie. Jedną z wielu przeze mnie wykorzystywanych opowieści jest bajka, która pochodzi z Dalekiego Wschodu, a jest pomocna, gdy rodzice obwiniają się wzajemnie o to, że zgotowali tułaczy los dzieciom i rodzinie. Bajka opowiada o „Drogocennym Ziarenku”.

Ziarenko ofiaruje siebie przyszłemu drzewu, które kiedyś z niego wyrośnie. Ziarenko nie przestanie istnieć. Pozostaje i trwa w gałęziach, liściach wyrastających po sobie kwiatach i owocach. Gdyby Ziarenko nie poświęciło swego istnienia dla drzewa to drzewo nie mogłoby się rozwijać i wzrastać wysoko do nieba.

Kiedy trudno jest osobom wprost mówić o cierpieniu, lękach, bezsilności, pomocne mogą okazać się różnego rodzaju przedmioty, symbole. Tak jak zdjęcie ukochanej babci, której **Leyla** nie widziała od kiedy uciekli z Syrii. Zdjęcie przechowywała w swojej kryjówce pod łóżkiem. Któregoś dnia zdecydowała się pokazać je bliskim w czasie rozmowy.

W pracy z rodzinami uchodźczymi przydają mi się kamienie. Zwłaszcza jeden, który przed laty przywiozłam z dalekiej podróży. Jest to kamień wulkaniczny. Symbol siły i przetrwania. Znalazłam go w miejscu, w którym wybuchy wulkanów sprawiły, że na jakiś czas przestało tam istnieć życie. Jednak po wielu latach wrócili w te okolice ludzie, którzy z wulkanicznych kamieni zaczęli układać kręgi. W kamiennych kręgach zasadzili winorośle. Okazało się, że kamienie te absorbują wilgoć i dają dużo ciepła. Ludzie nauczyli się uprawiać na nich winorośl i robić z nich wspaniałe, szlachetne wino.

W sytuacjach konfliktowych czy rodzinnego kryzysu, zwłaszcza braku komunikacji w rodzinie, kiedy krzyk albo cisza w rodzinie zastępują mówienie o rzeczach ważnych i trudnych, pomocne są pytania cyrkularne. Pozwalają na wypowiedzenie przez dorosłych jak i dzieci odczuć, opinii, poglądów na temat obecnej trudnej sytuacji, oczekiwań, wątpliwości czy obaw.

Terapeuta budzi w rodzinie potrzebę dbałości o korzenie. Jednocześnie, kierując się zasadą „nie zmieniania, nie naruszania”, pozwala rodzinie, aby na nowo stała się sprzyjającym do życia dla dzieci i rodziców środowiskiem, aby mogła odnaleźć w nowej rzeczywistości swoje miejsce.

Na osobne opracowanie i omówienie zasługuje praca z rodziną, która doświadczała różnego rodzaju traumy. Tej związanej z doświadczeniami w kraju pochodzenia czy przebytej przez rodzinę w trakcie tułaczkiej drogi.

Innym też bardzo ważnym zagadnieniem, tak rzadko poruszanym w polskiej literaturze, jest psychologiczna pomoc i wspieranie rodziny w procesie integracji i adaptacji do nowych

warunków życia. Z racji założeń publikacji tematy te nie będą rozwijane, a zasługują moimi zdaniem na osobne opracowania w przyszłości.

Bibliografia

Książki:

- Joseba Achotegui, *La Inteligencia Migratoria*, NED Ediciones, Barcelona, 2018.
- Alicia Moreno (Ed), *La Practica de la terapia sistematica*, Desclee de Brouwer, Barcelona, 2018.
- Irena Namysłowska, *Terapia rodzin IPiN*, Warszawa, 2000.
- Ryszard Praszkie, *Zmieniać nie zmieniając*, Wyd. Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa, 1992.

Zasoby internetowe:

- [Sytuacja uchodźców Polsce i na świecie – poradnik dla nauczycieli szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych \(PAH\)](#)
- <https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2011-7-page-42.htm>
- Alba L. Diaz-Cuellar, Henny A. Ringe, David A. Schoeller-Diaz, "The Ulysses Syndrome: Migrants with Chronic and Multiple Stress Symptoms And the Role of Indigenous Linguistically and Culturally Competent Community Health Workers" <http://www.panelserver.net/laredatenea/documentos/alba.pdf>



fot. Anna Maciejko



fot. Anna Maciejko

II. Podejście skoncentrowane na zasobach w pracy z dziećmi i młodzieżą z doświadczeniem uchodźstwa

Marta Piegat–Kaczmarczyk

- Dlaczego Terapia Skoncentrowana na Rozwiązaniach (TSR)? Koncentracja na zasobach, a nie na traumie i deficytach.
- Jak wydobywać i wzmacniać zasoby, rozmawiając o trudnych doświadczeniach? Linia życia i wywiad skoncentrowany na zasobach.
- Wzmacnianie umiejętności dziecka i stawianie celów rozwojowych – praca z kartami.
- Technika skalowania w dążeniu do celów rozwojowych dziecka.

Dlaczego Terapia Skoncentrowana na Rozwiązaniach (TSR)? Koncentracja na zasobach, nie na traumie i deficytach

Dzieci i rodziny uchodźcze, z którymi pracuję, są w bardzo niestabilnej sytuacji życiowej: nie wiedzą, czy otrzymają zgodę na pobyt w Polsce, nie wiedzą, czy stanie się to za parę miesięcy, czy za parę lat. Możliwe, że będą zmuszone już jutro ruszyć dalej w drogę, obawiając się o swoje bezpieczeństwo. W związku z tym kluczowe jest dla mnie prowadzenie wsparcia w taki sposób, aby każde nasze spotkanie było dla dziecka i rodziny wzmacniające, aby było okazją do odkrywania ich zasobów i krokiem do samodzielności w radzeniu sobie z trudnościami. Jest to istotne, ponieważ po prostu nie wiemy, czy i ile jeszcze razy spotkamy się w gabinecie – w realiach uchodźczych nie da się zaplanować pracy na 16 czy 20 sesji. Terapia Skoncentrowana na Rozwiązaniach to podejście, które wzmacnia dziecko i rodzinę od pierwszego spotkania, pozwala im odkrywać swoje zasoby potrzebne do dokonania zmian. Bazuje na potrzebach i celach, a nie na wnikliwym analizowaniu problemów, co jest szczególnie ważne dla dzieci, które mimo swoich trudności chcą iść na przód.

W mojej praktyce kontakt z dziećmi–uchodźcami zaczyna się najczęściej od sytuacji, w której rodzice przebywający w ośrodku i oczekujący na udzielenie im ochrony w Polsce, poszukują dla nich wsparcia psychologicznego, obserwując różne niepokojące objawy. Dzieci po doświadczeniach traumy i uchodźstwa często cierpią na trudności ze snem, budzą się w nocy z krzykiem, moczą się i zanieczyszczają, zdarzają im się ataki

paniki, wybuchy złości, mają trudności w nawiązywaniu relacji z rówieśnikami, boją się oddzielenia od mamy, mają trudności w utrzymaniu uwagi i koncentracji. Objawy te wypełniają wszystkie cztery kategorie zaburzeń posttraumatycznych – zaburzenia funkcjonowania fizjologicznego, emocjonalnego, poznawczego i interpersonalnego.

W procesie wspierania dzieci w radzeniu sobie z tego typu trudnościami kluczowe jest budowanie poczucia bezpieczeństwa, a także odbudowywanie poczucia siły, sprawczości, decyzyjności. Terapia Skoncentrowana na Rozwiązaniach pozwala na wzmacnianie tych obszarów od początku kontaktu dziecka i jego rodziny z terapeutą. Główne założenie tego podejścia mówi o tym, że ludzie mają w sobie zasoby potrzebne do podejmowania działań i dążenia do zmian, że znają sposoby działania, które im służą oraz mają potrzebę zdrowienia i dążą do regeneracji. Naszym zadaniem w terapii jest odszukać w dziecku i rodzinie te zasoby, pomóc im je zauważyć i spżytkować w dążeniu do potrzebnych im zmian. W dalszej części tego artykułu przedstawiam krótkie opisy czterech technik terapeutycznych w nurcie TSR, z których korzystam w pracy z małymi i młodymi uchodźcami.

Aishat i Hasan

Aishat (12 lat) i Khasan (8 lat), przyjechali do Polski trzy lata temu z mamą i młodszym bratem. W domu rodzinnym w Czeczenii niemal od urodzenia doświadczali licznych krzywd oraz zaniedbań. Oboje często byli świadkami przemocy ze strony ojca, skierowanej do mamy. Khasan był kilkakrotnie pobity przez ojca, gdy próbował bronić mamę. Aishat, jeszcze przed narodzinami młodszego brata była porywana przez rodzinę ojca do ich domu i oddzielana od matki. Dzieci pamiętają te wydarzenia jak przez mgłę. Mama poprosiła mnie o wsparcie dla Aishat, której silne lęki przed kontaktem z nieznanymi osobami wyraźnie utrudniają funkcjonowanie w szkole. A także o wsparcie dla Khasana, który – jak mówiła mama – bardzo szybko wpada w złość i trudno mu jest sobie z nią poradzić. Przedstawione poniżej techniki pracy terapeutycznej w nurcie TSR pozwoliły nam poznać historię i doświadczenia tej rodziny pod kątem ich zasobów, umiejętności i sposobów radzenia sobie, a także zaplanować z obojgiem dzieci obszary do dalszej wspólnej pracy w gabinecie.

Aishat jest bardzo spostrzegawcza, umie szybko wyciągać wnioski, umie precyzyjnie wyrażać swoje myśli, potrafi także robić kilka czynności naraz, ma dobrą relację z mamą, lubią razem czytać, gotować, oraz planować różne działania, ma kilka dobrych przyjaciółek, potrafi dochować tajemnicy i troszczyć się o bliskich. Cel jaki wyznaczyła sobie do pracy Aishat to mieć więcej odwagi w kontaktach i w komunikacji z innymi.

Khasan umie bronić siebie, bardzo dba także o rodzeństwo i mamę, ma duże umiejętności organizacyjne, szybko podejmuje decyzje, nie boi się ryzyka, umie jasno wyrażać, na czym mu zależy i na co się nie zgadza. Cel nad jakim chciał pracować to lepsze radzenie sobie z emocjami, zwłaszcza z wybuchami gniewu.

Jak wydobywać i wzmacniać zasoby rozmawiając o trudnych doświadczeniach?

W TSR staramy się kierować uwagę naszą i klienta na wszelkie zasoby, które pozwoliły mu wyjść z trudnej sytuacji. Dzieci i młodzież często mają trudność w tym, żeby mówić o swoich bolesnych doświadczeniach. Dodatkowo czynniki kulturowe takie jak wysoka hierarchiczność, wysoki kolektywizm, wysoka kontekstowość czy tabu związane z cielesnością, mogą wzmacniać w dziecku lub młodym człowieku poczucie winy, wstydu i współodpowiedzialności za trudne doświadczenia. Dlatego pracując z dziećmi i młodzieżą z doświadczeniem zarówno traumy, jak i uchodźstwa, warto skupić się w niewielkim tylko stopniu na tym, co było i poszukiwać nawet w trudnych doświadczeniach okazji do uczenia się czegoś ważnego. Ważna jest koncentracja na tym, co dla dziecka jest ważne tu i teraz, w jakim kierunku chce podążać, z czym chce sobie lepiej radzić, czego chce się nauczyć, co może zrobić, żeby czuć się lepiej tu, gdzie jest.

Podczas pracy z Aishat i Hasanem proponowałam między innymi poniżej opisane aktywności.


Historia moich doświadczeń – linia życia

Jest to aktywność, która pozwala dziecku/nastolatkowi podzielić się swoją historią, wspomnieć o dobrych i trudnych chwilach, o ważnych dla siebie osobach i przede wszystkim zauważyć, jakie spotkały go okazje do nabywania nowych umiejętności na różnych etapach jego życia.

Proponowany przebieg:

- Zaproś dziecko do rozmowy na temat historii jej/jego życia.
- Przygotuj kartkę, kredki, flamastry.
- Na górze narysuj strzałkę rozpoczynającą się datą urodzenia dziecka i kończącą się datą waszego dzisiejszego spotkania.
- Poniżej napisz cyfry – od jednego do tyłu, ile dziecko ma lat.
- Powiedz, że przez całe życie zbieramy doświadczenia i uczymy się różnych rzeczy, nawet wtedy kiedy coś jest dla nas trudne.
- Poproś dziecko, żeby pomyślało, jakie ma wspomnienia z różnych lat swojego życia. Kiedy dziecko przywoła pierwsze wspomnienie, zaznaczcie je krzyżykiem na osi czasu lub kółeczkiem na cyfrze oznaczającej wiek.
- Poproś, żeby dziecko opowiedziało o tym wspomnieniu oraz hasłowo zapisało je w odpowiednim miejscu.
- Zapytaj, jakie emocje towarzyszyły temu doświadczeniu. Zapiszcie je lub zaznaczcie symbolem.
- Zapytaj dziecko, czego się nauczyło lub dowiedziało o sobie poprzez to doświadczenie.
- W ten sam sposób pytaj o kolejne wspomnienia i zapisujcie je na kartce.

- Dzięki tej aktywności dzieci zyskują nową, szerszą perspektywę na swoje trudne doświadczenia. Przypominają sobie wiele ważnych momentów i wiele umiejętności, które mogły w tej sytuacji wykształcić.

Data urodzenia	Imię:								Dzisiejsza data
									
Twój wiek	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Najważniejsze wspomnienia									
Emocje									
Czego się wtedy nauczyłaś/eś?									

Rozmowa o trudnym doświadczeniu w podejściu skoncentrowanym na zasobach

Zaproponowany poniżej zestaw pytań zdecydowanie bardziej przyda się do pracy ze starszymi dziećmi (około 12+) oraz z młodzieżą. Jest tu bowiem potrzebna umiejętność refleksyjności nad swoimi stanami, myślami, strategiami. Jedną z metod pracy z młodszymi dziećmi zostanie opisana na kolejnych stronach.

Jeśli nastolatek wyraził wcześniej chęć porozmawiania o swoim trudnym doświadczeniu, powiedz, że możecie się tym zająć razem. Przed przystąpieniem do właściwej rozmowy warto zapewnić nastolatka o następujących rzeczach:

- Rozmowa będzie służyć temu, żeby nastolatek lepiej radził sobie ze swoim trudnym doświadczeniem, a nie temu, żeby psycholog zbierał informacje.
- Zapewnij o poufności. Powiedz, że młody człowiek sam będzie w tej rozmowie decydował, o czym Ci powiedzieć, a o czym nie.
- Powiedz, że może nie odpowiedzieć na jakieś Twoje pytanie albo odpowiedzieć za chwilę. Może być też tak, że Ty będziesz zadawać pytania, a nastolatek będzie zapisywał odpowiedzi w najbliższym sobie języku na kartce i nie będzie ich Tobie czytał, będą służyły tylko jemu.
- Warto także wspomnieć, że przy pierwszych dwóch pytaniach możemy spędzić tyle czasu, ile potrzebuje nastolatek, ale nie będziemy ich nadmiernie eksplorować, dopytywać, prosić o uzupełnienia i wyjaśnienia. Może być tak, że młody człowiek opíše bardzo krótko swoje trudne doświadczenie

np. przemoc ze strony ojca, a następnie nazwie je np. „dziki szal”, „niesprawiedliwość”, „awantury” i nie będzie wnosił ani ujawniał więcej informacji na ten temat. Hasło zaproponowane przez niego, np. „dziki szal”, w zupełności nam wystarczy do tego, aby kontynuować rozmowę i pracę.

Przy kolejnych pytaniach, od trzeciego począwszy, warto poszerzać perspektywę nastolatka i pomagać mu znajdować jak najwięcej zasobów. Zadawaj wtedy pytania: co jeszcze robiłaś/robiłeś, na co jeszcze wpadłaś/wpadłeś, komu jeszcze pomogłeś/pomogłaś, kto jeszcze Tobie pomógł itd.

Proponowane pytania:

1. Co wspominasz jako trudne doświadczenie – jak chcesz to nazwać?
2. Jakie trudności z tego wyniknęły dla ciebie i twojej rodziny?
3. Jak sobie z tym radziłaś/eś przez cały ten czas?
4. Co sprawiało, że znajdowałaś/eś w sobie siłę?
5. Jak wpadłaś/eś na to, żeby w ten sposób sobie radzić?
6. Co robiłaś/eś wtedy, żeby poczuć się lepiej?
7. Kto był dla ciebie wsparciem i w jaki sposób ci pomagał?
8. W jaki sposób ty pomagałaś/eś wtedy innym?
9. Jak chciałabyś pamiętać te wydarzenia za jakiś czas?
10. Jaki mógłby być następny krok w twoim wracaniu do siebie po tych wydarzeniach?
11. W jaki sposób skorzystasz z tego, że poradzisz sobie z tym trudnym doświadczeniem?

12. Po czym poznasz, że zaczynasz już sobie z tym dobrze radzić?
13. Czego ważnego o sobie nauczyłaś/eś się w tym czasie?
14. Co takiego masz w sobie, że dajesz radę wyjść z tej sytuacji?
15. Co mogłabyś/mógłbyś doradzić osobie, która miała podobne doświadczenie?
16. W jaki sposób chciałabyś/chciałbyś świętować moment, kiedy poczujesz, że poradziłaś/poradziłeś sobie z tym doświadczeniem?
17. Co powiedziałaś/powiedziałbyś wtedy bliskim ci osobom? Tego typu pytania pomagają nastolatkom zobaczyć, że w trudnych chwilach miał w sobie wiele zasobów. Szukał sposobów radzenia sobie oraz wsparcia. Umiał zadbać o siebie i swoich bliskich, nawet jeśli było to bardzo trudne.

Wzmacnianie umiejętności dziecka i stawianie celów rozwojowych – praca z kartami

Kiedy dziecko pojawia się w gabinecie, zazwyczaj mam już pewne informacje na jego temat z wywiadu z rodzicem. Zaczynam wtedy od powiedzenia dziecku, że rozmawiałam jakiś czas temu z mamą/tatą i dowiedziałam się dużo dobrego, np. że dziecko lubi rysować, grać w piłkę, że zna kilka języków, że umie opiekować się rodzeństwem, że umie upiec tort itd. Oczywiście ważne jest, żeby tego typu informacje zebrać wcześniej od rodzica, pytając o umiejętności dziecka, jego zainteresowania, sposoby radzenia sobie, przyjaciół, cechy charakteru itd. Następnie mówię dziecku, że chciałabym, żebyśmy lepiej się poznali, żeby mogła dowiedzieć się jeszcze więcej od samego dziecka. Aktywność opisana poniżej to rozmowa

o umiejętnościach dziecka z wykorzystaniem kart Strength Cards for Kids¹.

- Pokaż dziecku karty i powiedz, że na każdej z nich są zapisane/narysowane różne umiejętności, daj dziecku chwilę na obejrzenie kart.
- Następnie połóż przed dzieckiem dwie kartki. Na jednej napiszcie w języku zrozumiałym dla dziecka: „TO JUŻ UMIEM”, a na drugiej: „TEGO CHCĘ SIĘ JESZCZE NAUCZYĆ”.
- Powiedz, że będziecie teraz oglądać kartę po karcie i zastanawiać się, na którą kupkę ją położyć, a Ty będziesz zadawać dziecku różne pytania pomocne w podjęciu decyzji.
- Dziecko bierze pierwszą kartę np. „Umiem dbać o porządek”, „Umiem prosić o pomoc”, „Umiem zachować spokój w trudnych sytuacjach”, a Ty dopytujesz: jak to robisz? Kiedy ostatnio tak zrobiłaś/eś? Kto mógłby więcej o tym powiedzieć? Czy to dla Ciebie łatwe? Kiedy ta umiejętność Ci się przydaje? Czy umiesz to wystarczająco, czy chciałabyś/ chciałbyś umieć to lepiej? Gdybyś umiał/a to lepiej, co by się zmieniło?
- Kiedy ułożycie wszystkie karty na dwóch kupkach dajcie sobie czas na to, aby zauważyć i nacieszyć się wszystkimi umiejętnościami, które dziecko czuje, że już ma. Można zrobić im zdjęcie telefonem, żeby dziecko pamiętało o swoich umiejętnościach i miało je przy sobie. Zapytaj, które z tych umiejętności są dla dziecka najważniejsze, które pomagają mu w trudnych sytuacjach, z których jest najbardziej zadowolone.

1. wersja anglojęzyczna kart: <https://innovativeresources.org/resources/card-sets/strength-cards-for-kids-new-3rd-edition/>
karty w języku polskim, do zaadaptowania do tego ćwiczenia: <https://sklep.edukowisko.pl/produkt/poznaj-swoje-supermoce-jak-budowac-u-dzieci-pozytywna-moty-wacje-program-rozwojowy-dla-rodzicow-nauczycieli-i-dzieci/>

- Następnie przeanalizujcie zbiór umiejętności, które dziecko chce rozwinąć. Porozmawiajcie o tym, które z nich są dla dziecka na teraz najważniejsze, od których chce zacząć, które najbardziej mu się teraz przydadzą. Zastanówcie się, jak dziecko może rozwijać wybrane umiejętności, kto może je w tym wesprzeć. Powiedz też o swoim wsparciu i o tym, że możecie pracować nad tymi umiejętnościami podczas kolejnych spotkań.
- Warto, żeby dziecko zrobiło też zdjęcie swoich celów – umiejętności, które chce rozwijać.

Taki rodzaj analizy zasobów sprawia, że dziecko zauważa wiele swoich mocnych stron i umiejętności, a także samodzielnie wyznacza sobie cele rozwojowe. Te cele czasami są spójne z trudnościami zgłaszanymi wcześniej przez rodziców, a czasami inne. Kluczowe jest, że dziecko samo je dla siebie określa i nazywa je umiejętnościami, a nie trudnościami. To bardzo wspiera dziecięcą motywację do działania i poszukiwania rozwiązań.

Technika skalowania w dążeniu do celów rozwojowych dziecka

Kiedy dziecko wyznaczy sobie umiejętności, nad którymi chce pracować, możemy zaproponować mu technikę skalowania, która będzie pomocna w rozwijaniu tej umiejętności.

- Poproś dziecko, aby wybrało pierwszą umiejętność, którą chce rozwijać.
- Na kartce A4 ułożonej poziomo zapiszcie na górze nazwę tej umiejętności np. „Umiem nawiązywać kontakty z rówieśnikami” lub „Umiem się obronić w sytuacji konfliktu”.

Umiem się bronić w sytuacji konfliktu										
→										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

- Następnie określacie z dzieckiem krańce tej skali. Powiedz, że cyfra 0 oznacza całkowity brak tej umiejętności, a 10 – że umiejętność jest już świetnie opanowana.
- Zapytaj dziecko, gdzie na tej skali mogłoby umieścić się dziś. Jak czuje, na ile umie bronić się w sytuacjach konfliktowych?
- Dziecko może zaznaczyć każdą cyfrę od 0 do 10.
- Kiedy dziecko zaznaczy cyfrę między 1 a 9 – zapytaj, co takiego już umie, co czasami robi, z czego jest zadowolone, co mu dobrze wychodzi, w jakich sytuacjach sobie radzi, że może umieścić się w tym miejscu. Każda wartość powyżej zera to

znak, że dziecko ma już jakieś zasoby. Kiedy dziecko o nich mówi, dopytuj: i co jeszcze umiesz, i kiedy jeszcze sobie poradziłaś, a co by powiedziała twoja mama/ siostra/kolega, o tym, jak sobie radzisz?

- Kiedy dziecko zaznaczy cyfrę 0 – zapytaj, jak do tej pory radzi sobie z różnymi sytuacjami konfliktowymi, co takiego robi, co daje mu jakąkolwiek ochronę.
- Wszystkie umiejętności, sposoby, sytuacje zapiszcie na kartce pod oznaczoną przez dziecko cyfrą.
- Następnie poproś dziecko, aby przypomniało sobie sytuację, kiedy było na tej skali wyżej niż teraz, nawet o jeden czy dwa punkty. Zapytaj, co takiego wtedy robiło inaczej, co mówiło, co myślało, dzięki czemu czuło, że umie lepiej się obronić w sytuacjach konfliktowych. Zaznaczcie to miejsce na osi i wypiszcie pod spodem wszystkie umiejętności dziecka.
- W kolejnym kroku zapytaj dziecko, gdzie na tej skali chciałoby być, żeby czuło, że lepiej sobie radzi w trudnych sytuacjach. Zaznaczcie to miejsce na skali.
- Poproś dziecko, żeby wyobraziło sobie, że już tam jest, że rozwinęło różne umiejętności, które sprawiają, że czuje się już pewniej, umie lepiej siebie obronić. Zapytaj: „co, będąc na tej skali wyżej, robisz inaczej, co umiesz powiedzieć, jak umiesz zareagować?”. Niech dziecko zapisze swoje odpowiedzi w czasie terażniejszym, np. umiem powiedzieć „przestań”, umiem odejść i nie pobić tego kogoś, umiem poprosić przyjaciół o pomoc, umiem zauważyć, że rośnie we mnie złość i gniew itd.
- Zapytaj dziecko, którą z tych nowych umiejętności chciałoby zacząć ćwiczyć, żeby za jakiś czas faktycznie czuło, że ją

rozwinęło. Zapytaj, czyjej pomocy potrzebuje w ćwiczeniu tych umiejętności. Zaproponuj swoje wsparcie w nabywaniu i ćwiczeniu różnych umiejętności np. rozpoznawanie i nazywanie swoich emocji i potrzeb, formułowanie asertywnych komunikatów, nawiązywanie i budowanie bliskich, wspierających relacji z rówieśnikami itd.

- Ustalcie z dzieckiem, że do czasu waszego kolejnego spotkania będzie miało za zadanie przyglądać się temu, kiedy czuje, że dobrze sobie radzi i umie obronić siebie, jak to wtedy robi, co mówi, co myśli, kto mu pomaga, jakie jego umiejętności w tym pomagają, jak na to wpada, jak się czuje, kiedy lepiej sobie radzi, co wtedy robi inaczej itd.

Kiedy pracujemy z młodszymi dziećmi (5–9 lat), dla których posługiwanie się skalą umiejętności może nie być czytelne, warto posłużyć się przytulankami, figurkami lub obrazkami zwierząt, które ucieleśniają różne umiejętności. Na przykład można zapytać dziecko, które w wielu sytuacjach odczuwa nadmierny lęk i reaguje ucieczkowo: „A gdybyś był nosorożcem / słoniem / wężem / tygrysem, to co byś zrobił w tej sytuacji, jak byś sobie poradził?”. Albo: „Gdybyś chciał być tak odważny, silny i spokojny jak słoń, to co byś robił częściej, żeby to pokazać?”. Tego typu pytania sprawiają, że u dzieci pojawia się znacznie szersze spektrum możliwych zachowań w trudnych sytuacjach, mogą próbować różnych strategii i obserwować, jak się z nimi czują. Warto, żeby rodzic był wtajemniczony w umiejętności, którymi dziecko inspirowane jest od wybranej przez siebie postaci lub zwierzęcia. Wtedy może wspierać dziecko przypominając i podpytując „a co by zrobił słoń?”.

Stosując podejście skoncentrowane na rozwiązaniach wychodzimy od konkretnej trudności dziecka (często zgłaszanej przez rodzica), ale skupiamy się na jego celach, potrzebach i umiejętnościach. Dziecko odkrywa i przypomina sobie sposoby, które prowadzą go do celu i pomagają rozprawić się z trudnością. Opisane powyżej techniki to niewielki wycinek tego, co oferuje podejście skoncentrowane na zasobach. Zachęcam do dalszego zgłębiania i próbowania tego podejścia w pracy z dziećmi.

Więcej na ten temat:

Książki:

- Peter de Jong, Insoo Kim Berg, *Rozmowy o rozwiązaniach. Podręcznik + DVD, Rozmowy o rozwiązaniach. Podręcznik dla trenerów, Rozmowy o rozwiązaniach. Ćwiczenia dla studentów*, 2007
- John Sharry, Brendan Madden, Melissa Darmody, *W poszukiwaniu rozwiązania. Przewodnik po terapii krótkoterminowej*, 2007
- Yvonne Dolan, *Jeden mały krok do szczęśliwego życia. Jak odnaleźć swoje prawdziwe ja?*
- Kim Berg, *Children's solution Work*, 2004
- Brian Cade, Wiliam O'Hanlon, *Stopem po terapii krótkoterminowej*, 1996
- Thorana S. Nelson (red.) *Edukacja i szkolenie w krótkoterminowej terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach*, 2007

- Judith Milner, Patrick O'Byrne, *Poradnictwo krótkoterminowe: narracje i rozwiązania*, 2007
- Jacek Szczepkowski, *Terapia młodzieży z problemem narkotykowym. Podejście skoncentrowane na rozwiązaniach*, 2007
- Jos Kienhuis, Tomasz Świtek (red.), *Klient ekspertem. Podejście Skoncentrowane na Rozwiązaniach i jego zastosowanie w Polsce*, 2007
- Tomasz Świtek, *Ścieżki rozwiązań*, 2009
- Harvey Ratner, Evan George, Chris Iveson, *Terapia Krótkoterminowa Skoncentrowana na Rozwiązaniu. 100 najważniejszych tez, założeń i technik*, 2018
- Ben Furman *Program Dam Radę! w Praktyce*, 2019

Strony www:

- Kids's Skills, <https://ctsr.pl/metoda-kids-skills/>
- Laboratorium Terapii Skoncentrowanej na Rozwiązaniach, <https://www.letsr.pl>
- Centrum Terapii Skoncentrowanej na Rozwiązaniach, <https://ctsr.pl>
- Polskie Stowarzyszenie Terapeutów Terapii Skoncentrowanej na Rozwiązaniach, <https://www.psttsr.pl>



fot. Anna Maciejko

III. Praca grupowa i arteterapia jako forma wsparcia dzieci z doświadczeniem przymusowej migracji

Anna Kawalska

Aby skutecznie wspierać dziecko uchodźcze, konieczne są oddziaływania systemowe: wsparcie rodziców dzieci (np. warsztaty dla rodziców), działania w szkołach, do których chodzą dzieci uchodźcze, zajęcia grupowe i arteterapeutyczne.

W tekście tym przedstawię zalety prowadzenia zajęć grupowych dla dzieci uchodźców, zarówno w ośrodkach dla cudzoziemców, jak i w klasach i szkołach, do których chodzą uczniowie – uchodźcy. Opiszę również krótko, co moim zdaniem warto wziąć pod uwagę pracując grupowo z dziećmi – uchodźcami. W mojej praktyce nie korzystam z jednej metodologii, ale czerpię z wielu źródeł. Prowadzone przeze mnie zajęcia mają zwykle charakter warsztatowy lub trenigowy, oparte są na aktywnych metodach uczenia z wykorzystaniem różnorodnych technik arteterapeutycznych oraz zabaw. Pomocne jest dla mnie uwzględnianie perspektywy psychologii międzykulturowej.

Zaletą oddziaływań grupowych, prowadzonych w ośrodkach dla cudzoziemców, oprócz korzyści merytorycznych, jest to, że umożliwiają objęcie wsparciem psychologicznym większość dzieci tam mieszkających. Dają również możliwość obserwacji funkcjonowania dzieci w grupie oraz wskazania tych, które potrzebują bardziej indywidualnego wsparcia. Dobrze jest, gdy osoby prowadzące zajęcia grupowe współpracują z psychologami dziecięcymi zajmującymi się wsparciem indywidualnym. Warsztaty grupowe są formą zajęć, które umożliwiają dzieciom ćwiczenie umiejętności społecznych takich jak komunikacja, współpraca w grupie, konstruktywne rozwiązywanie konfliktów. Techniki arteterapeutyczne mogą być wykorzystane w celach terapeutycznych oraz psychoedukacyjnych. Regularne

zajęcia są okazją do wentylacji emocji, dają możliwość ekspresji tego, co dzieci przeżywają, np. stresu związanego z adaptacją do nowej kultury, życia w niepewności i zawieszeniu czy bolesnych wspomnień. Dzięki pracy w grupie dziecko widzi, że nie jest osamotnione w swoim przeżywaniu, że inni też mogą mieć podobne doświadczenia. Z jednej strony normalizują pewne objawy, z drugiej – dają szansę na zobaczenia wielu perspektyw, rozwiązań, dzięki czemu dziecko może eksplorować nowe sposoby na radzenie sobie z różnymi trudnymi sytuacjami. Grupowe techniki arteterapeutyczne służą również pobudzeniu kreatywności. Praca warsztatowa może być wykorzystywana do zajęć adaptacyjnych, gdzie dzieci poznają normy kultury polskiej oraz do zajęć o swojej kulturze pochodzenia, do refleksji na temat własnej tożsamości.

Integracja jest procesem dwustronnym, nie jest możliwa bez otwartej postawy społeczeństwa przyjmującego. Dlatego też bardzo ważne są także warsztaty w klasach i szkołach, do których chodzą dzieci uchodźcze oraz oddziaływania skierowane do szerszej społeczności szkolnej: też rodziców dzieci polskich lub osób zamieszkujących w okolicy ośrodka dla cudzoziemców.

Charakterystyka grupy – co warto uwzględnić, pracując z dziećmi uchodźcami?

Bardzo ważne jest pamiętanie o specyfice tej grupy, ale jednocześnie unikanie generalizowania – jest to istotne zwłaszcza podczas pracy grupowej w ośrodkach dla cudzoziemców lub w innych punktach zbiorowego zakwaterowania uchodźców. Każde dziecko z doświadczeniem przymusowej migracji ma przecież swoją niepowtarzalną historię, cechy charakteru, temperament, zainteresowania, mocne strony. Warto pamiętać, że pracujemy jednocześnie z grupą dzieci oraz z dzieckiem w grupie, uwzględniając jego potrzeby oraz indywidualne cele rozwoju.

Zróżnicowanie językowe

W ośrodkach dla cudzoziemców najczęściej pracuję z grupami wielokulturowymi. Podczas ostatnio realizowanych zajęć pracowałam z grupą składającą się przede wszystkim z dzieci pochodzących z Czeczenii. Pozostałe kraje pochodzenia osób uczestniczących w zajęciach to: Ukraina, Białoruś, Tadżykistan, Gruzja i inne. Dzieci w różnym stopniu znały język polski. Dużo z nich mówiło po rosyjsku, ale zdarzają się również sytuacje, gdy dziecko mówi tylko w języku czeczeńskim, angielskim, somalijskim, arabskim. Różnorodność językowa, a w niektórych wypadkach bariera językowa, jest wyzwaniem w prowadzeniu zajęć. Dla mnie pomocne jest prowadzenie zajęć w dwóch językach, np. poprzez współpracę z drugą osobą prowadzącą lub wolontariuszami, którzy mogą wspierać językowo dzieci.

Zwykle prowadząc tego rodzaju zajęcia grupowe wdrażam techniki wymagające jak najwięcej modelowania, pokazywania. Wykorzystuję graficzne pomoce (jak np. rysunkowe zasady grupowe) oraz techniki arteterapeutyczne, z których wiele jest niewerbalnych (techniki plastyczne, taniec, ruch, muzyka). Miłym włączającym rytuałem powitalnym jest witanie się we wszystkich językach, którymi mówią osoby tworzące grupę. Cenne jest również stworzenie możliwości dzieciom, by mogły nauczyć inne osoby podstawowych zwrotów w ich ojczystym języku.

Różnice i różnorodność kulturowa

Planując zajęcia trzeba pamiętać o różnicach kulturowych, szczególnie związanych z normami dotyczącymi dotyku czy płci. Wiele starszych dzieci czeczeńskich, z którymi pracuję, nie dotyka osób płci przeciwnej, które nie są z nim spokrewnione. Ważne, by o tym pamiętać, gdy proponujemy ćwiczenia z dotykiem. Wiele ćwiczeń można twórczo zaadaptować, np. berek z kolorowymi chustami, gdzie dotykamy kogoś chustą lub rzucając piłką. Ostatni pomysł zaczerpnęłam z obserwacji swobodnych zabaw dzieci. Myślę, że uważna obserwacja i podążanie za grupą jest źródłem wielu inspiracji w twórczej adaptacji dostępnych ćwiczeń i metod, tak by były adekwatne kulturowo. Podczas zajęć ważne jest, by nie tylko tłumaczyć różnice kulturowe, ale również różnorodność kulturową traktować jako zasób tej grupy i ją celebrować.

Rotacja w grupie

Kolejną specyfiką pracy z dziećmi w ośrodkach jest duża rotacja w grupie. Nowe dzieci dojeżdżają do ośrodka, inne wyjeżdżają (czasem dość nagle, z dnia na dzień). Wiele dzieci, z którymi pracuję, bardzo przeżywa wyjazd bliskiego kolegi, koleżanki – dla nich jest to kolejna strata. Zmiana składu grupy uruchamia na nowo procesy grupowe. Nowo przybyłym dzieciom pomaga wejść w grupę – stworzony wspólnie – rytuał powitania na każdych zajęciach, czyli piosenka powitalna, podczas której każde dziecko mówi swoje imię z gestem lub wystukiwanym rytmem, a wszystkie pozostałe dzieci powtarzają. Ćwiczenia i zabawy integracyjne warto prowadzić w sposób ciągły.

W rozstaniach pomaga dzieciom to, że robimy na zajęciach zdjęcia, wywieszamy je na ścianie, czasem robimy także pokazy slajdów z różnych wydarzeń. Dla dzieci to okazja by wskazać na kolegę, koleżankę, która wyjechała i powiedzieć, co czują. Na zajęciach jest też przestrzeń, by dzieci mogły robić swoje książki ze zdjęciami, prosić swoich kolegów, koleżanki oraz osobę prowadzącą do wpisania się im na pamiątkę.

Stres i traumatyczne doświadczenia

Dzieci będące w procedurze uchodźczej, podobnie jak ich rodzice, żyją w poczuciu niepewności. Podczas zajęć dzieci przeżywają, gdy znajoma rodzina dostała negatywną decyzję i musi wyjechać. Często doświadczają stresu związanego z wyzwaniem w adaptacji do życia w Polsce, z nauką nowej rzeczywistości, ale też związanego z reakcjami polskich dzieci i ich rodziców (np. wynikającymi z uprzedzeń). Wiele dzieci tęskni za domem, za bliskimi, którzy tam zostali: dziadkami, którymś

z rodziców, przyjacielem czy domowym zwierzęciem. Część z nich ma za sobą traumatyczne przeżycia – doświadczyło lub było świadkami przemocy. Techniki arteterapeutyczne, również swobodne rysowanie, dają możliwość wyrażania dziecku tego, czego akurat potrzebuje. Osoba prowadząca, towarzysząc dziecku w jego ekspresji, rozmawiając z nim o jego pracy, może pomóc dziecku poradzić sobie z trudnymi doświadczeniami. Praca o tym charakterze pozwala domknąć trudne doświadczenia w czasie, zostawić je w przeszłości tak, by stały się one zaakceptowaną przez dziecko częścią jego historii, nie wpływając jednocześnie negatywnie na teraźniejsze funkcjonowanie. Podczas każdych zajęć planujemy ćwiczenie ruchowe, umożliwiające dzieciom zdjęcie napięcia z ciała oraz techniki na wyćwiczenie i uważność (więcej inspiracji w bibliografii).

Zasoby i mocne strony dzieci

Dzieci uchodźcze mają wiele zasobów, talentów, mocnych stron, które niestety dość często mogą być niezauważone w klasie szkolnej, szczególnie u tych dzieci, które nie znają polskiego oraz mają zaległości w nauce, co często wynika z rozbieżności w podstawach programowych w Polsce i w kraju pochodzenia.

Dobór różnorodnych technik podczas regularnych zajęć grupowych w ośrodkach daje możliwość każdemu dziecku doświadczenia i pokazania innym dzieciom, że w czymś jest dobre. Dodatkową wartością jest to, że dzieci mogą, próbując różnych aktywności, poszukiwać swoich zainteresowań i pasji.

Cele zajęć grupowych w ośrodkach dla cudzoziemców i przykładowe ćwiczenia

Cele:

- integracja grupy, budowanie relacji;
- tworzenie bezpiecznej przestrzeni na wyrażenie swoich emocji, dzielenie się przeżyciami;
- rozwój umiejętności społecznych: komunikacji bez przemocy, współpracy, konstruktywnego rozwiązywania konfliktów;
- psychoedukacja: regulacja emocjonalna, radzenie sobie ze stresem, profilaktyka krzywdzenia;
- wzmacnianie poczucia własnej wartości i sprawstwa;
- adaptacja do kultury polskiej.

Przykładowe techniki i ćwiczenia arteterapeutyczne

- Biblioterapia i filmoterapia – wykorzystanie książek, bajek filmów na temat różnorodności, adaptacji lub dla celów psychoedukacyjnych. Dobrym przykładem jest film “W głowie się nie mieści”, wspaniale wyjaśniający, skąd się biorą w nas emocje i pozwalający lepiej je poznać. Innym kierunkiem jest wykorzystanie bajek z krajów, z których pochodzą uchodźcy (Kosowicz, Piegat–Kaczmarczyk, 2006)
- Techniki wykorzystujące sztuki wizualne: malowanie, rysowanie, malowanie swobodne, na zadane tematy, np. najmiłsze wspomnienie, moje marzenia, malowanie emocji, robienie swoich portretów. Pamiętając, że nie wszystkie dzieci lubią rysować bądź uważają, że nie umieją tego robić, stosujemy wiele form pracy, aby zminimalizować opór wynikający z tego faktu np. malowanie na dużych płachtach, wyklejanie z kawałków papieru, robienie komiksów z częściowo

przygotowanych elementów, rysowanie do muzyki węglem z zamkniętymi oczami, robienie sobie nawzajem zdjęć, malowanie światłem (czyli użycie kolorowych lightsticków do stworzenia świetlnych obrazów, udokumentowane za pomocą zdjęcia).

- Techniki teatralne i dramowe: odgrywanie scenek, robienie wspólnie przedstawień na ważne dla dzieci tematy, pozwalające powiedzieć im swoją historię, wypróbować nowych ról i zachowań (inspiracje znajdziecie w materiałach Praktyków Kultury w bibliografii)

Ćwiczenie 1: Malowanie portretów

Cel: wyrażenie siebie, wzmacnianie poczucia własnej wartości

Czas trwania: 45 minut

Forma pracy: malowanie, wyklejanie

Rozłóż na podłodze duży rulon szarego papieru, przygotuj farby i dodatkowe materiały: krepinę, włóczkę, klej, inne materiały, jakie przyjdą Ci do głowy (muszelki, sztuczne kwiaty, liście). Dobierz dzieci w pary lub małe grupki (na dobrowolnej zasadzie). Powiedz dzieciom, że ich zadaniem będzie wykonać swoje autoportrety. Poproś dzieci, by ułożyły się na szarym papierze w takich pozycjach, jakie chcą i odrysowały nawzajem swoje kontury. Następnie zaproś do pomalowania i wyklejania swoich autoportretów. Zwróć uwagę dzieciom, że mogą wyrazić siebie w dowolny sposób, pokazać swoje cechy charakteru, zainteresowania itp. Po zakończeniu wywieście prace w widocznym miejscu. Poproś każde dziecko, by stanęło obok swojego portretu i krótko się przedstawiło opowiadając o nim, np. jestem..., jak widać lubię... np. piłkę nożną, kolor czerwony, mam dużo energii. Nagroďte każde dziecko brawami.

Ćwiczenie 2: Drogowskazy szczęścia

Cel: rozbudzanie kreatywności, wzmocnienie poczucia sprawstwa, bycia słyszonym, wzbudzanie pozytywnych emocji

Czas trwania: 60–90 minut, plus czas na wystawę

Forma pracy: wyklejanie

Podczas tego ćwiczenia dzieci przygotowują wspólnie drogę do szczęścia. Każde dziecko zastanawia się, co według niego daje szczęście, co jest ważne. Następnie tworzy swój drogowskaz szczęścia techniką kolażu, na wyciętym z szarego kartonu drogowskazie o wybranym kształcie. Kolaż wykonuje z wybranych przez siebie wycinanek ze zdjęć i haseł z gazet i czasopism. Wszystkie drogowskazy zostają umieszczone w sali, na korytarzu lub na dworze. Dzieci zapraszają dorosłych mieszkańców ośrodka na spacer wśród drogowskazów szczęścia, opowiadają o swoich pracach.

Zajęcia w klasach, do której chodzą dzieci uchodźcze służą następującym celom:

Cele zajęć grupowych międzykulturowych klasach i przykładowe ćwiczenia

Cele:

- integracja dzieci – umożliwienie dzieciom spotkania w mniejszych grupach, parach, wykonania wspólnie zadań, zobaczenia, co ich łączy, co mają podobnego;
- budowanie pozytywnego stosunku do różnorodności, też różnorodności kulturowej;

- zwiększenie świadomości zjawisk powstających na styku kultur (stereotypy, uprzedzenia, różnice kulturowe) oraz nauka umiejętności radzenia sobie z nimi;
- zrozumienie i empatia dla przeżyć dzieci uchodźczych (ale nie wzbudzanie poczucia litości!)

Dla osiągnięcia tych celów myślę, że bardzo ważne jest, aby forma pracy była atrakcyjna i dostosowana do wieku dzieci. Dla dzieci–uchodźców, z którymi pracuję, jest istotne, aby ich kultura była przedstawiona w atrakcyjny sposób. Pomocną według mnie praktyką – szczególnie, gdy dzieci polskie mają stereotypy i uprzedzenia względem konkretnej grupy religijnej czy narodowościowej, z której wywodzą się dzieci uchodźcze – jest przeprowadzenia zajęć na temat różnych kultur i pokazanie korzyści płynących z wielokulturowości. Wprowadzenie cyklu warsztatów, z których każdy poświęcony jest innej kulturze, pozwala dzieciom stopniowo oswajać się z różnicami kulturowymi oraz przekładać zdobyte kompetencje międzykulturowe na kolejne zajęcia. Dobrze, gdy na zajęcia możemy zapraszać dorosłe osoby reprezentujące daną kulturę, posiadającą doświadczenie migracyjne lub uchodźcze. Skuteczną metodą pracy, pozwalającą zrozumieć doświadczenia uchodźców związane z adaptacją do nowej kultury, są symulacje. Symulacja jest doświadczeniem, które pozwala w bezpieczny sposób zrozumieć odczucia, jakie mogą towarzyszyć adaptacji do nowego kraju lub odczuć na sobie mechanizmy, jakie mogą zachodzić w kontakcie międzykulturowym np. powstawanie uprzedzeń, stereotypów.

Ćwiczenie 1: Cztery zdjęcia – czyli o tym, co lubimy

Cel: integracja, budowanie pozytywnego stosunku do różnorodności, również kulturowej

Czas trwania: 10 minut

Forma pracy: zabawa ruchowa ze zdjęciami

Powiedz dzieciom, że w tym ćwiczeniu, będą miały okazję, aby zastanowić się, kim są, co lubią, co im się podoba. Będą miały również możliwość zobaczenia, co jest ważne dla ich kolegów i koleżanek z klasy. Powiedz dzieciom, że będziesz rozkładać cztery różne zdjęcia w różnych miejscach w kręgu. Gdy powiesz start każde dziecko staje obok zdjęcia, z którym najbardziej się identyfikuje, które najlepiej do niego pasuje. Poproś dzieci by za każdym razem obserwowały obok kogo stoją przy wybranym przez siebie zdjęciu. Rozkładaj po kolei zdjęcia z każdej kategorii: zwierzęta, rośliny, potrawy, sporty, filmy. Ważne jest, by przygotować zestaw zdjęć, który będzie interesujący dla uczniów klasy z którą pracujesz. Dopytuj po kolei dzieci, dlaczego stanęły w wybranym miejscu. Dzieci dobrze reagują, gdy zabawa ta ma formę programu telewizyjnego pt. „Co lubią osoby z klasy?”, a osoba prowadząca pyta poszczególne dzieci za pomocą mikrofonu, który jest udawany przez np. marker. Pozwala to skupić uwagę dzieci i pilnować tego, by w danym momencie mówiła jedna osoba.

Gdy usiądziecie już z powrotem na krzesłach na podsumowanie zabawy, zadaj dzieciom następujące pytania:

- Czy zawsze staliście z tymi samymi osobami? Czy z różnymi?
- Czy osoby, które stały przy tym samym zdjęciu, w taki sam, czy w różny sposób, mówiły dlaczego wybrały właśnie to zdjęcie?

Porozmawiajcie chwilę o tym, że z różnymi osobami mogą nas łączyć inne rzeczy, np. ktoś mógł stanąć z innymi osobami wybierając ulubione zwierzę, a z innymi wybierając ulubiony sport. Osoby, które wybrały zaś to samo zdjęcie w danej kategorii, mogły zrobić to z zupełnie innych powodów.

Aby wykorzystać to ćwiczenie do budowania pozytywnego stosunku do wielokulturowości oraz zaciekawienia innymi kulturami, dobierz zdjęcia potraw, bajek z różnych kultur. Rozmawiaj z dziećmi o tym, czy wiedzą, skąd jest sushi, pizza, pierogi, lody, kto wymyślił te potrawy, skąd jest manga, czy w Polsce żyją na wolności słonie, skąd znalazło się na naszym talerzu mango itp.

Ćwiczenie 2: Lekcja w innym języku

Cel: empatia i zrozumienie dla doświadczeń dziecka migranckiego, zachęcenie dzieci do proaktywnej, wspierającej postawy względem dziecka cudzoziemskiego w klasie

Czas: kilkanaście minut plus omówienie

Forma pracy: symulacja, rozmowa na forum

Zaproś uczniów i uczennice w małą podróż. Powiedz, że zapraszasz ich na lekcję w innym kraju, nie mówiąc im, jaki to kraj. Poproś, by sobie wyobrazili, że trafiają do nowej szkoły, klasy. Przeprowadź kilku–lub kilkunastominutową lekcję (w zależności od wieku dzieci, z którymi pracujesz). Podczas lekcji udawaj nauczyciela, który nie zna języka polskiego. Mów do dzieci w nieznanym im obcym języku (może być to konkretny język, którego nie znają lub język wymyślony). Poproś dzieci o wykonywanie z pozoru prostych zadań: spytaj o imię, wiek, o to skąd ktoś jest, poproś o powtórzenie: mam na imię..., ucz liczyć do

dziesięciu itp. Następnie możesz przeczytać krótki tekst na wybrany temat (dobrany do grupy) lub zrobić dyktando i poprosić by dzieci napisały coś ze słuchu.

Po zakończeniu symulacji powiedz dzieciom, że lekcja w obcym języku się zakończyła i porozmawiaj z nimi, o tym doświadczeniu zadając im następujące pytania: Jak się czuliście/czułyście podczas tego ćwiczenia? Jakie pojawiały się w was myśli? Co zaobserwowaliście? Co staraliście się robić w tej sytuacji? Dzieci mówią najczęściej o tym, że czuły się dziwnie, że czuły się zdezorientowane, że czuły stres, niektóre mówią, że było śmiesznie. Ważne by przyjąć wszystkie odpowiedzi. Następnie zapytaj uczniów i uczennice, czy kiedyś znalazły się w podobnej sytuacji w swoim życiu? Pytanie to daje okazję wszystkim dzieciom o tym, by powiedziały o swoich kontaktach międzykulturowych, np. podczas podróży. Dzieci uchodźcze, które są w klasie, mogą powiedzieć o swoich doświadczeniach, jak to było gdy trafiły do klasy lub może jak dalej się czują. Konieczna jest delikatność i uszanowanie tego, jeżeli dziecko uchodźcze będące w klasie, nie chce mówić o swoich odczuciach. Jeżeli dziecko z doświadczeniem uchodźczym, migracyjnym decyduje się mówić, warto dopytać je, jak to było, jak sobie poradziło, jak jest teraz. Warto dopytać dziecko, jakie zna języki. Możesz poprosić dziecko o poprowadzenie mini lekcji w swoim języku, nauczaniu klasy np. odpowiedzi na pytanie: Jak mam na imię? W kolejnym etapie ćwiczenia poproś dzieci o to, by wyobraziły sobie, że trafia do ich klasy nowe dziecko z kraju, w którym przed chwilą byli na lekcji, które nie zna języka polskiego. Zróbcie burzę mózgów na temat tego, jak można wesprzeć nowego kolegę, koleżankę. Jak się z nią/z nim porozumieć? Jak

sprawić, by nowa osoba dobrze się czuła w klasie i w szkole? Ważne by szukać konkretnych sposobów, mówić o konkretnych zachowaniach. Dla wzmocnienia efektu możecie proponowane rozwiązania odegrać w scenkach.

Innymi symulacjami, jakie często stosuję w klasach, są symulacje kontaktu międzykulturowego, jak np. Goście i gospodarze (Lipicka, 2008). Symulacją pokazującą drogę uchodźców i ich przeżycia jest symulacja Przejścia (Lipicka, 2008). Może być ona bardzo pouczającym doświadczeniem i często używam jej w pracy ze starszą młodzieżą, ale tylko w klasach, gdzie nie są obecne dzieci uchodźcze. Dla dzieci z doświadczeniem uchodźczym symulacja jest zbyt bliska ich prawdziwym doświadczeniom i może prowadzić do retraumatyzacji.

Bibliografia

Literatura na temat arteterapii:

- Dieterich–Hartwell R., Koch S., Hunter S., *Creative Arts Therapies as Temporary Home for Refugees: Insights from Literature and Practice*, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5746678/>, opublikowano 17.10.2007
- Kaduson H., Schaefer Ch., *Zabawa w psychoterapii*, GWP, Gdańsk, 2005
- Karolak W., *Arteterapia dla dzieci i młodzieży*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, 2019
- Karolak W., *Rysunek w arteterapii*, Wydawnictwo WSHE w Łodzi, 2007
- Karolak W., *Projekt Edukacyjny – Projekt Artystyczny*, Wydawnictwo WSHE w Łodzi, 2007
- Kosowicz A., Piegat–Kaczmarczyk M., *Bajki z krajów uchodźców*, UNHCR, Warszawa 2006
- Oster G., Gould P., *Rysunek w psychoterapii*, GWP, Gdańsk 2005

Inspirujące filmiki pracy metodami arteterapeutycznej z dziećmi uchodźcami:

- *Dotyczy/nie dotyczy: młodzi uchodźcy o polskim systemie*. Stowarzyszenie Praktyków Kultury, <https://www.youtube.com/watch?v=cv30gZ0FCLg>, opublikowano 16.10.2014

Literatura z ćwiczeniami ruchowymi i na uważność:

- Snel E., *Uważność i spokój żabki*, Cojanato, 2016
- Zwoleńska J., *Radosna kinezyjologia*, Kined, Warszawa, 2005

Scenariusze psychoedukacyjne na temat profilaktyki krzywdzenia dzieci w ośrodku dla uchodźców:

- Kawalska A., *Mam prawo czuć się bezpiecznie. Scenariusz dla dzieci w wieku 7–12 lat przebywających w ośrodkach dla cudzoziemców*, Warszawa 2017, www.edukacja.fdds.pl/scenariusze-zajec, opublikowano 17.07.2017
- Kawalska A., *Mam prawo czuć się bezpiecznie. Scenariusz dla młodzieży w wieku 13–16 lat przebywających w ośrodkach dla cudzoziemców*, Warszawa 2017 www.edukacja.fdds.pl/scenariusze-zajec

Literatura na temat warsztatów dla rodziców w ośrodkach dla uchodźców oraz scenariusz zajęć:

- Kawalska A., Przygucka D., *Wzmacnianie kompetencji mieszkanki i mieszkańców ośrodków dla cudzoziemców*, Warszawa 2015 https://ocalenie.org.pl/wp-content/uploads/2016/05/FDN_FO_Raport_2015_w_roku_2016.pdf
- Kawalska A., Zmarzlik J., *Moje dziecko ma prawo czuć się bezpiecznie. Scenariusz warsztatów na temat ochrony dzieci przed krzywdzeniem dla mam przebywających w ośrodkach dla cudzoziemców*, Warszawa 2017 www.edukacja.fdds.pl/scenariusze-zajec

**Materiały przydatne do warsztatów integracyjnych,
międzykulturowych, adaptacyjnych**

Lipicka M. (red)., *Warsztaty kompetencji międzykulturowych*
– podręcznik dla trenerów, Universitas Versoviensis,
Międzykulturowe Centrum Adaptacji Zawodowej, Warszawa,
2008 [https://doradztwo.ore.edu.pl/warsztaty-kompetencji-
międzykulturowych-podrecznik-dla-trenerow/](https://doradztwo.ore.edu.pl/warsztaty-kompetencji-międzykulturowych-podrecznik-dla-trenerow/)

**Polecam śledzenie stron organizacji pozarządowych,
które zamieszczają na swoich stronach publikacje
dotyczące edukacji międzykulturowej, scenariusze zajęć,
materiały edukacyjne np:**

- [Centrum Edukacji Obywatelskiej](#)
- [Fundacja Polskie Forum Migracyjne](#)
- Fundacja Edukacji Międzykulturowej – gotowe materiały dla dzieci <http://międzykulturowa.org.pl/>
- [Fundacja na Rzecz Różnorodności Społecznej](#)



fot. Anna Maciejko

IV. Regulacja psychofizyczna u dzieci uchodźców

Leszek Drozdowski

Abstrakt

Artykuł przedstawia w zarysie propozycję aktywności terapeutycznych wobec dzieci z syndromem stresu pourazowego oraz wybrane elementy z systemowego modelu oddziaływań terapii traumy rozwojowej u dzieci i młodzieży, jakie prowadzimy w ramach NSLT¹.

Mając świadomość ograniczeń w stosowaniu naszego modelu wobec dzieci uchodźców, postanowiłem nie ograniczać się do prezentacji „tylko tego co możliwe”. Uwarunkowania kulturowe – np. bariery związane z dotykaniem, rolami społecznymi chłopców i dziewczynek, bariera językowa, system oświaty, uwarunkowania polityczne itd. – czy prosty fakt, że dzieci „dzisiaj są, a jutro już może ich nie być (w ośrodku/w Polsce)”, są oczywiste. Niemniej będą i takie dzieci i takie realia, w których nasz model będzie w pełni funkcjonalny.

Specjaliści pracujący z dziećmi i rodzinami uchodźców sami zdecydują, które rozwiązania i aktywności będą „tu i teraz” wspierające dla konkretnych dzieci, rodzin czy społeczności. Niemniej pozwolę sobie zarekomendować kilka z nich specjalnie.

1. NSLT – „Narodowa Sieć Leczenia Zaburzeń Regulacji Emocji i Stresu Traumatycznego Dzieci i Młodzieży” powołana została do życia w sierpniu 2010 roku – przez kadrę Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie zgrupowaną w Fundacji „Mederi” oraz członków Stowarzyszenia SONDiR.

Wprowadzenie

Kilka lat temu, poproszono mnie o pomoc w prowadzeniu zajęć dla dzieci z jednego z ośrodków dla cudzoziemców. Były to w większości dzieci z ogarniętego wojnami Kaukazu. „Dzieci chodzą po suficie i ciężko sobie z nimi poradzić” – tak brzmiała z grubsza ta prośba. Z podobnym komunikatem, pochodzącym z różnych źródeł, miałem do czynienia już kilkadziesiąt razy w życiu. Dlatego przyjąłem do wiadomości i pojechałem, bez głębszych rozważań.

Na miejscu (sala gimnastyczna w większym kompleksie) okazało się, że nie ma tu żadnych „przenośni”. Dzieci z ośrodka uczestniczyły w projekcie, który zakładał między innymi naukę angielskiego, a następnie zajęcia sportowe (piłka nożna). Gdy pojawiłem się na miejscu, cała grupa właśnie pędziła na salę (trafniejszym byłoby tu słowo „frunęła”). Po kilku sekundach wszystkie dzieci zajmowały miejsce albo na najwyższych szczebelkach gimnastycznych drabinek, albo na wysoko położonych parapetach. Jeden z chłopców zajął strategiczne miejsce, „podróżując” po drucianych obudowach lamp, kilka metrów nad parkietem.

Wszelkie próby perswazji, negocjacje, prośby i groźby, wykluczenia z projektu niespecjalnie robiły na dzieciakach wrażenie. Pomogła wreszcie (u części) propozycja dalszego wspinania się po drabinkach, tym razem jednak już w uporządkowanej „sportowym, wspinaczkowym klimatem” formie. Po kilkunastu minutach dzieci się w miarę uspokoiły, można było już

„zejść z sufitu” i z drabinek. Rozpoczęliśmy mecz piłki nożnej. Kilka dziewczynek z miejsca zrezygnowało z uczestnictwa, niektóre jednak były bardziej aktywne i zadziorne niż chłopcy. Większość tego meczu, oprócz pełnienia zaszczytnej funkcji bramkarza, spędziłem neutralizując konflikty, zaczątki bójek, kwieciste pakiety przekleństw w kilku językach itp.

Powyższy obraz jest jakby żywą ilustracją opisywanych w różnych systemach klasyfikacyjnych istotnych symptomów PTSD – zespołu stresu pourazowego. Dzieci z ośrodka działały według następującej logiki: **„żeby poczuć się bezpiecznie, robię coś, co jest wprawdzie niebezpieczne, ale to ja mam nad tym kontrolę.”**

Dzieci po traumie to nie są tylko „dzieci wojny” i dzieci z naszego rodzimego „podwórka” – zaniebdywane, czy w inny sposób krzywdzone. To są także dzieci z „bagażem genowym”, ze spektrum autyzmu czy z deficytami funkcji wykonawczych, zakłócającymi relacje. To także dzieci, które spędziły kluczowe dla rozwoju miesiące i lata w szpitalach i innych placówkach, walcząc o życie np. w chorobach nowotworowych – przykłady możemy tu mnożyć. Ale nie w tym rzecz. Ważne, żebyśmy oceniając, diagnozując, kreśląc plany oddziaływań, widzieli cały obraz. Aby koncentracja na **zachowaniu** nieprzysłoniła całej perspektywy – zachowanie to może być bowiem jedynie wierzchołkiem góry lodowej.

Istotą traumy jest dysocjacja (van der Kolk, 2014). Doświadczenia, których nasz mózg nie jest w stanie zintegrować, rozbijane są na fragmenty. Fragmenty „możliwe do ogarnięcia”. Percepcja – dotyk, słuch, obraz, węch, smak, tzw.

czucie głębokie, interocepcja – żyją swoim osobnym życiem, swoim życiem funkcjonują też fizjologia, pamięć, emocje, świadomość i tożsamość. Mamy tu różne obszary i różną skalę. U jednego dziecka będzie to nieustanne nadmierne napięcie i czujność – tak jak u dzieci uchodźczych, opisanych powyżej. U innego dziecka będą to kłopoty z pamięcią. Jeszcze inne, doświadczywszy deprywacji sensorycznej, będzie miało problem z „czuciem siebie” (w efekcie np. zakłócenia funkcji fizjologicznych), nie będzie potrafiło wyczuwać granic i intencji innych ludzi, będzie czuło się nieustannie oceniane, będzie unikać relacji społecznych, lub ich nie rozumieć (np. przez brak empatii).

Dlatego **istotą terapii traumy jest integracja**. Połączenie po-fragmentowanych przez traumę funkcji i struktur organizmu w jedną sprawną całość. W dziecko które czuje, zapamiętuje, sprawnie i z radością się porusza, wie, kim jest i kim chce być oraz potrafi rozwijać i utrzymywać relacje z ludźmi. Pierwszym zaś kluczem do docelowej integracji jest budowanie systemów regulacyjnych. Okres prenatalny, poród, dzieciństwo to kształtowanie się kompetencji regulacyjnych organizmu w oparciu o *regulację zewnętrzną* (*other regulation* – Porges, 2011; J. Schore, A. N. Schore, 2008). „Dostrojony” do dziecka opiekun, tak świadomie, jaki nieświadomie, ukierunkowuje prawidłowy rozwój struktur regulacyjnych poprzez dziesiątki i setki codziennych interakcji.

Dorosły, zdrowy człowiek potrafi uregulować swój organizm (osiągnąć optymalną, świadomą celową aktywność, na bazie sprawnej fizjologii) korzystając z dwóch „dróg neuronalnych” – oddolnej i odgórnej (van der Kolk, 2014).

Odgórna regulacja - odnosi się do świadomej regulacji (analiza, adekwatna ocena sytuacji, procedury itp.) i odbywa się dzięki strukturom środkowej kory przedczołowej (ang. MPFC).

Oddolna regulacja – także realizuje się dzięki mózgowym strukturom i mechanizmom niższego rzędu. Polega ona na świadomej regulacji fizjologii, np. kontrolowaniu oddechu.

Człowiek osiąga optymalny rozwój MPFC dopiero około 20 roku życia – jeśli będzie rozwijać się prawidłowo w bezpiecznych warunkach.

W procesie terapii traumy u dzieci, musimy powyższy uwzględnić fakt fizjologicznego rozwoju mózgu i opierać budowanie systemów regulacyjnych na dwóch „filarach”. Pierwszym filarem jest – tak jak napisałem powyżej – dostrojony do dziecka opiekun. Drugim filarem jest „**oddolna regulacja**”. Regulacja ta opiera się na trzech mechanizmach – są to **oddech, dotyk i ruch**.

System oddziaływań terapeutycznych wobec straumatyzowanego dziecka, to przede wszystkim odtwarzanie rozwoju i wspomaganie rozwoju. Uregulowany, zintegrowany, wyposażony w specyficzny warsztat opiekun uczestniczy wraz z dzieckiem w dziesiątkach aktywności, które budują mechanizmy regulacyjne. Organizujący ten proces terapeuta – koordynator, krok po kroku prowadzi klientów w taki sposób, żeby na bazie regulacji tworzyła się integracja – w pierwszej kolejności fizjologiczna i ruchowa, a dopiero na tej bazie, emocjonalna, poznawcza i tożsamościowa. W efekcie dziecko zdobędzie solidne ugruntowanie w „tu i teraz”, a wcześniejsze toksyczne doświadczenia, pozostaną już jedynie jego historią.

Model

Od ponad 20 lat w oddziaływaniach na dzieci po doświadczeniu traumy obowiązuje **model fazowy i sekwencyjny** (Courtois, Ford, 2009; van der Hart, Nijenhuis, Steele, 2006; Silberg, 2004, 2009, 2013). We wszystkich działaniach podstawową regułą jest **zapewnienie bezpieczeństwa**. Tak bezpieczeństwa obiektywnego, jak i poczucia bezpieczeństwa u dziecka. Nieprzestrzeganie tego najważniejszego standardu spowoduje, że dziecko uruchomi mechanizmy przetrwaniowe i jego kompetencje regulacyjne, a co za tym idzie społeczne, edukacyjne i generalnie rozwojowe, będą znikome.

Model, jaki stworzyliśmy w ramach NSLT, jest modelem systemowym. Pracujemy z całymi rodzinami w formule społeczności terapeutycznej. Oprócz stricte terapii, dzieci objęte są też systemem edukacji, który działa wg reguły A-ZET (Autoregulacja – Zabawa, Edukacja, Terapia). Mają swój klub sportowy Adventure Racing. Trudne byłoby wpisanie dzieci uchodźców w taki kompleksowy model. Trudne, ale nie niemożliwe. Nawet jednak przy założeniu, że zastosujemy tylko niektóre elementy – takie jak aktywności, prezentowane w dalszej części tej pracy – będzie to z pewnością pomocne dla wszystkich pracujących z dziećmi–uchodźcami i – co najważniejsze – dla nich samych.

Struktura

Istnieje wiele metod pracy terapeutycznej dla dzieci ukierunkowanych na regulację, integrację, koordynację, koncentrację czy relacje. Wystarczy wymienić tu system Sally Goddard (INPP), Metodę Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne, Metody Integracji Sensorycznej, rozliczne techniki masażu, zestawy ćwiczeń jogi, czy wiele innych.

Stosujemy w pracy sporo elementów z wyżej wymienionych systemów. Mamy jednak do czynienia z dziećmi po traumie, a to powoduje konieczność dostosowywania każdej metody do naszych realiów. W efekcie powstała własna, sprawdzona przez lata działań struktura. Można ją przedstawić w formie pięciokąta składającego się z następujących elementów:

1. Dziecko
2. Opiekun/owie
3. Terapeuta prowadzący – koordynator
4. Terapeuci, trenerzy, instruktorzy poszczególnych aktywności
5. Społeczność terapeutyczna

Struktura funkcjonalna to:

A. **Aktywności** – wybrane wg modelowej logiki dziedziny sportu i rekreacji.

B. **Ćwiczenia** – metody, techniki czy zbiory ćwiczeń i zadań, możliwe do wykonywania samoistnie lub też wpisane w wybrane aktywności.

C. **Multimedia i literatura** – filmy, bajki, książki itp., odnoszące się pośrednio do doświadczeń dzieci.

D. **Metody narracyjne, arteterapia, drama** i podobne poznawcze, ukierunkowane na rozwój funkcji wykonawczych, stopniową integrację doświadczeń traumatycznych (pamięci) na bazie **integracji senso-motorycznej** (patrz punkty A i B powyżej).

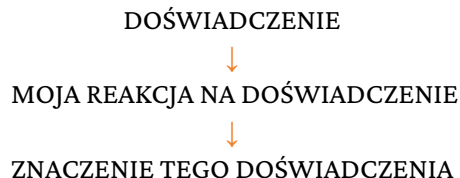
„Klucze”

Pierwszym i kluczowym elementem całego procesu jest opiekun. Uczestnicząc we wspólnych z dzieckiem aktywnościach i ćwiczeniach, sam nabywa stopniowo coraz lepszych kompetencji w zarządzaniu własnymi emocjami i dzięki procesom dostrojenia, staje się dla dziecka modelem, przewodnikiem w regulacji. Poza wszystkim, może to być fascynująca przyгода. Wielu opiekunów podkreśla – „pewnie nigdy w życiu nie czołgałbym się w prawdziwej jaskini, ani nie jeździł na koniu czy nurkował, gdyby nie potrzeby mojego dziecka”. Oczywiście ideałem jest tu mama czy tata w roli opiekuna, ale nietrudno wyobrazić sobie i sytuację, gdy staje się nim ktoś inny, np. członek rodziny, trener, specjalista z projektu, terapeuta, czy inny dorosły.

Drugim kluczem są wspomniane powyżej sposoby „oddolnej regulacji”: **oddech, dotyk i ruch**. Nie ma w naszych oddziaływaniach takiej sytuacji ani aktywności, w której nie występują. W wypadku sportu czy ćwiczeń to oczywiste, ale także gdy dzieci uczą się, oglądamy filmy, czy dzieci słuchają bajki – robią i wtedy ćwiczenia oddechowe, mają przerwę na pobieganie lub stosujemy wybraną technikę masażu.

Trzecim kluczem jest odpowiedni wybór aktywności terapeutycznych. Niezbędne cechy aktywności, które stosujemy to: **dostrajanie, rytm, naprzemiennosc, stopniowalnosc** (porównaj B. Perry, 2008).

Czwartym kluczem jest stopniowe, oparte na procesach uważności, **poznawanie siebie** i rozwijanie wyższych struktur regulacyjnych (docelowo „odgórnej regulacji”) wg logiki:



Wreszcie piątym kluczem jest wspomniane powyżej bezpieczeństwo, oparte na fazowości i sekwencyjności. We wszystkich działaniach dziecko dostaje do wykonania takie zadania, jakie jest w stanie „tu i teraz” zrealizować. Są to raczej dziesiątki i setki małych „cegielek”, niż jednorazowe obciążenie. Stopniowo zadania stają coraz trudniejsze i coraz bardziej zbliżają się do granic możliwości danego dziecka wg reguł FLOW (Csíkszentmihályi, 2008).

Nie ma dróg na skróty. Wszelkie skróty kończą się (niekoniernie twórczym) kryzysem i robimy wtedy dwa albo trzy kroki wstecz zamiast kroku do przodu. Tam, gdzie serce poszukuje widocznych i szybkich efektów, rozum musi dostosować oczekiwania do znajomości dynamiki rozwojowej dziecka, oceny jego stanu, a także (ważne!) oszacowania w jakim stopniu opiekun radzi sobie w swoim, bardzo przecież trudnym, **procesie zmiany.**

Podsumujmy tę część znanym przykładem i metaforą jeźdźca i konia (van der Kolk, 2014).

Stosunkowo łatwo można nauczyć się „jakoś” jeździć. Stabilny koń np. rasy huculskiej, pracujący z innymi w stadzie, umożliwi taką jazdę i może to być dobry pierwszy krok, oswajający człowieka z końmi. Jednak, gdy taki jeździec znajdzie się w terenie i koń spłoszy się szelestem lub potknie na kamieniu, jeździec natychmiast wyleci z siodła.

Dziecko po traumie, nie leczone i niekoniecznie wspomagane w rozwoju, też będzie „jakoś” żyć, jednakże nieustannie „wylatując z siodła”. Na naszych życiowych ścieżkach kamieni nie brakuje.

Aktywności

Przystępując do wyboru aktywności, które wspomagać nas będą w procesie regulacji i integracji, możemy posłużyć się prostym narzędziem – tabelką z przykładami oceny liczbowej, gdzie 10 oznacza maksymalną przydatność w terapii.

Aktywność (ocena 1–10)	Dostrajanie	Rytm	Naprzemiennosc	Stopniowalnosc
Jazda konna	10	10	8	10
Bieganie	3	10	10	10

Określenie „naprzemiennosc” oznacza tu szybkie zmiany w operowaniu lewą i prawą częścią ciała, zwłaszcza rękami i/lub nogami. Taka aktywnosc stymuluje na zmianę obie półkule mózgu, co wpływa na ilość połączeń pomiędzy nimi w tzw. spoidle wielkim. Ma to ogromny wpływ tak na regulację, jak i integrację. Z kolei określenie „stopniowalność” oznacza, że dana czynność może być łatwo regulowana. Może być „szybciej/wolniej”, „słabiej/mocniej”, „głośniejsz/ciszej” itp.

Możemy również dokonać opisowej oceny wartości pod kątem oddziaływania na różne sfery:

Aktywność: łyżwy/rolki			
Sfera sensomotoryczna	Sfera emocjonalna	Sfera poznawcza	Sfera społeczna
Równowaga (błędnik), koordynacja ruchowa (w tym współpraca nogi ręce), koordynacja wzrokowo – ruchowa, napięcie mięśniowe, planowanie motoryczne, kondycja, regulacja (bo naprzemiennosc i możliwość regulacji jazdy np. szybciej/wolniej), percepcja (np. ocena odległości).	Umiejętność zmierzenia się z zagrożeniem (upadki), radzenia sobie z sukcesem i porażką czy frustracją, motywacja – ćwiczenie cierpliwości, co do nabywania kolejnych umiejętności.	Uwaga, pamięć (zapamiętanie regulaminu, sekwencji ćwiczeń), zapoznanie się z regulami sportu, można wprowadzać elementy wiedzy o danym sporcie i zawodnikach.	Umiejętność dostosowania się do zasad (podczas treningu, jeśli jest instruktor oraz do zasad panujących na lodowisku (regulamin), umiejętność czekania na swą kolej jeśli jest grupa, zgłaszanie swoich trudności, współpraca, wspieranie się w pokonywaniu trudności, relacja (jeśli np. jakieś ćwiczenia w parach/grupach).

W naszej dotychczasowej praktyce najlepiej sprawdziły się (alfabetycznie): akrobatyka, bębny/perkusja, bieganie, biegi na orientację, dogtrekking/bieg z psem, jazda konna „naturalna”, jazda na rowerze, kajakarstwo, łucznictwo, łyżwy/rolki, narty biegowe, narty zjazdowe, pływanie/nurkowanie, sporty walki, strzelectwo, taniec, windsurfing, żeglarstwo.

Wszystkie te aktywności wykorzystywane są w naszej praktyce w celach rozwojowych/terapeutycznych, a nie czysto sportowych. Najbardziej jest to widoczne w sportach walki. W skrócie: używamy zmodyfikowanych elementów dyscyplin wpisując je w system oddziaływań terapeutycznych.

Cztery asy w powyższym zestawie, to wspinaczka, jazda na rowerze, jazda konna i bieganie.

O wartości **biegania i jazdy na rowerze** nie trzeba pisać wiele – proste jest piękne. Spełniają one bezbłędnie, wszystkie wymienione powyżej kryteria. Są naprzemiennie, stopniowalne, rytmiczne i nietrudno uzyskać w nich dostrojenie, gdy biega się lub jeździ w parach/grupach lub biega z psem. Jest tu jednak jeden warunek: jeśli stosowane są z umiarem. Nie jest jednak ekstremalnym wyczynem, gdy dziesięcioletnie dziecko przejeżdża np. na rowerze 20 km, lub przebiega z psem 5 km, i jeśli jest to efektem świadomie i regularnie prowadzonego treningu. Takie działania świetnie regulują, przywracają równowagę i dają dużo satysfakcji. W trening możemy wpisać dodatkowo dziesiątki ćwiczeń oddechowych, stymulujących, poprawiających równowagę i orientację.

Analiza wartości wspinaczki i jazdy konnej (pracy z koniem) w „formule naturalnej” z punktu widzenia znaczenia i wartości dla terapii traumy może być ciekawa i bardzo użyteczna,

ponieważ obie te dyscypliny mają ogromną moc nie tylko regulacyjną, ale i prowadzą prostą drogą do integracji. Trudno o bardziej wszechstronne oddziaływanie.

Praca z koniem / jazda konna

Na temat rekreacyjnej czy sportowej jazdy konnej (we wszystkich jej dyscyplinach czy odmianach), hipoterapii czy modnego ostatnio tzw. jeździectwa naturalnego, napisano i stworzono tak wiele, że odsyłam czytelnika do stosownej literatury i filmów.

Tutaj wymienić chciałbym jedynie elementy kluczowe dla terapii traumy. Koń jest zwierzęciem niezwykle wrażliwym i zorientowanym społecznie. Nie znam lepszego „poligonu” do nauki dostrajania się, regulacji i relacji, niż praca z koniem. Tak dla dzieci, jak i opiekunów. Dziecko (i opiekun) błyskawicznie dostrzega, jak jego stany fizjologiczne, a co za tym idzie emocje, odczytywane są przez konia i jaki to ma wpływ na wspólne działania. Musi nauczyć się komunikacji opartej na „naturalnym języku” końskiego stada. Nie stosujemy bowiem przymusu, wszystko oparte jest na autoregulacji, dostrojeniu i relacji. Na etapie „pracy z ziemi”, mamy tu fascynujące ćwiczenia w których koń „idzie tam gdzie my chcemy/idziemy”, a nie „tam, gdzie go ciągniemy”. Bo go nie ciągniemy. Nie zmuszamy. Sam chce obok nas iść. Dla opiekuna strauumatyzowanego dziecka – dziecka którego naczelną życiową zasadą jest walczyć o kontrolę i nie podporządkować się ludziom i regułom – jest to doświadczenie przełomowe, jeśli terapeuta pomoże mu przełożyć je na relacje z dzieckiem. Dla dziecka może stać się to modelem, bezcenną wskazówką w kierunku „jak może być”.

Na etapie jazdy zaczynamy od swojego ciała, a nie mechanicznego kierowania koniem (wodze, wędzidło, nogi). Od **czucia**, ułożenia i położenia ciała. Stopniowo dostrzegamy, jak drobne nawet zmiany w napięciu i położeniu naszego ciała, przekładają się na reakcje konia. Gdy dostrojenie jeźdźca i konia jest dobre, koń skręci tam, gdzie delikatnie zwrócimy głowę, tam gdzie się popatrzymy. Zatrzyma się wtedy, gdy nasze ciało mu to podpowie, ruszy, gdy poczuje naszą energię.

Tego rodzaju trening, jeśli z pozycji terapeuty poprowadzimy dziecko czy opiekuna w kierunku „zauważ to” i „co z tego wynika?”, oprócz oczywistych wartości regulujących i relacyjnych, ugruntowuje mocno i trwale w „tu i teraz”, a to fundament integracji doświadczeń traumatycznych, jak i integracji w ogóle.

Wspinaczka

Wspinaczka wpisuje się idealnie w fazowy i sekwencyjny model oddziaływań terapeutycznych. Dlatego właśnie, przedstawiam tu jej kompleksową analizę.

Tego rodzaju analiza dotyczy jednak wszystkich, stosowanych przez nas w procesie terapii oddziaływań i przekłada się na decyzje o wpisaniu lub nie, na listę rekomendowanych aktywności.

Wspinaczka ma wiele poziomów. Od dziecięcego chodzenia po drzewach i murkach, poprzez ściankę wspinaczkową i skałki, aż po góry wysokie w warunkach zimowych. Ma też wiele odmian technicznych. Korzystamy ze sporej części z nich, wg reguły „krok po kroku” i w określonej kolejności.

Faza I – faza naturalna – główne cele i elementy

Relacja z opiekunem	Przełamanie oporu przed trudnościami	Przełamanie lęku	Koordynacja ruchowa
Niezależnie od tego czy dziecko chodzi po barierkach, słupkach, murkach, wchodzi na drzewo, czy wspina się na ścianie – to opiekun je asekuje.	Jedną z kluczowych cech dzieci po traumie, jest unikanie wysiłku, unikanie rzeczy nowych i nieznanych. Wspinanie się jest jednak naturalną aktywnością każdego dziecka. Jeśli pokażemy jak przyjemną i bezpieczną zabawą (modelowanie przez inne dzieci) może być wspinanie i dostarczymy ew. motywatorów oraz mądrze stopniujemy trudności – opór stopniowo minie.	Chodzi głównie o lęk przed wysokością. Ten element zajmuje często bardzo dużo czasu. Warto zachęcać, nie wolno popędzać. Warto pokazywać przykład innych dzieci, które mogą np. pomagać, wspinając się obok. Stopniowo zwiększamy wysokość, nie zwiększając trudności. Każdy kolejny metr wyżej będzie sukcesem.	Ten cel „osiąga się sam”, jeśli tylko nie przesadzimy z trudnościami i nie wymagamy w tej fazie technicznej poprawności. Tu duża różnica w zestawieniu z typowym treningiem, gdzie od początku trener musi unikać „złych nawyków”. Nam chodzi w tej fazie „jedynie” o to, żeby dziecko poruszało ciałem w sposób w miarę spójny np. skoordynowało pracę rąk i nóg.

Faza II – oswajamy swoje ciało, trening uważności – główne cele i elementy

Uruchamiamy całe ciało	Rozwój świadomości ciała	Ocena zasobów	Planowanie ruchu
To bardzo trudny moment. Dziecko po traumie to dziecko zdysocjowane. Wiele fragmentów ciała nie pracuje lub pracuje nieprawidłowo (np. „nie współpracuje” motorycznie jak i nie działa pod kontrolą świadomości). Typowym mechanizmem posttraumatycznym jest np. „odłączenie” obręczy biodrowej i pracy nóg. Cały wysiłek przekierowany jest na rękę, a naczelną pozycją to przodem do ściany, ręce przykurczone w przedramionach i stosunkowo bezwładne nogi. W tej fazie poprzez odpowiedni dobór chwytów, stopni, formacji przestrzennych itp., generujemy stopniowe uruchamianie funkcji całego ciała.	Faza druga wywołuje na początku ogromny opór. Ustawienie trasy wspinaczki, uruchamiając poszczególne partie ciała, uwalnia napięcie w nich zgromadzone. Spektrum doznań jest tu duże, np. od zaskakująco silnego bólu po nudności, drżenie i odrętwienie. W tej fazie musimy pilnować proporcji. Na początku będą to pojedyncze ćwiczenia i zadania. Większość czasu dziecko spędzi na swobodnej zabawie/wspinaczce. Stopniowo te proporcje odwracamy. Również stopniowo i jakby „na marginesie”, omawiamy co się dzieje i co właściwie dziecko odczuwa. Prowadzi to krok po kroku, do odkrywania i zdecydowanie lepszego czucia własnego ciała.	Z przyczyn opisanych w kolumnie obok, wspinaczka w tej fazie, długo oceniana jest przez dzieci najczęściej jako „głupia” i „niepotrzebna”. W takim momencie potrzebna jest grupa i świetny techniczny trener, który nie tylko pokaże, że najtrudniejsza nawet wspinaczka, może być harmonijnym, eleganckim „baletem”, ale i wytłumaczy, że do osiągnięcia takiego poziomu, potrzebne są długie godziny ćwiczeń. Przykład najczęściej podziela i przynajmniej jedno dziecko z grupy pójdzie wyznaczoną drogą. Postęp jest wtedy skokowy. Gdy pozostałe zorientują się w swoich zasobach i spróbują naśladowania czy rywalizacji, okaże się, że potrafią o wiele więcej niż im się wydawało.	W tej fazie musimy obiektywnie ocenić czy dzieci są już na tyle sprawne i zmotywowane, że zadania nie przekroczą ich możliwości. Gdy potrafią już koordynować uruchomione części ciała i potrafią ich świadomie używać, wyczuwać ich położenie, ułożenie, nacisk, napięcie i realną siłę, możemy przystąpić do planowania ruchu. To świetny trening „regulacji odgórnej”, stymulator postępu w rozwoju środkowej kory przedczołowej. Początkowym przewodnikiem w planowaniu ruchu winien być trener. Stopniowo przechodzimy do stanu, w którym dzieci same zaczynają planować trasy i sekwencje ruchowe.

Faza III – zespół i odpowiedzialność – główne cele i elementy

Asekuracja	Współpraca	Zaufanie	Odpowiedzialność
Umiejętność asekuracji jest fundamentem tej fazy. Jednocześnie jest to kolejny krok w kierunku koordynacji i integracji. Sprawne posługiwanie się sprzętem asekuracyjnym (przyrządami, węzłami, liną) jest trudne, wymaga dobrze rozwiniętej motoryki małej oraz koncentracji na zadaniu (odporności na wewnętrzne i zewnętrzne dystraktory), których jest niemało.	Dla dzieci z bagażem traumatycznym współpraca (jak każda relacja) jest trudna. Ale jest i naturalna, rozwojowa przeciwwaga tego procesu – potrzeba uzyskania poczucia bezpieczeństwa od rówieśników (innych dzieci). Najlepszym polem do nauki współpracy, są takie aktywności, które rządzą się prostymi, czytelnymi regułami. We wspinaczce wszystko jest proste – nie ma wyjątków i skomplikowanych zależności. Albo współpracujemy – wtedy jest bezpiecznie, albo lekceważymy współpracę i natychmiast robi się niebezpiecznie.	Dzieci po traumie nie mają w sobie gatunkowej ufności i oczekiwania, że ktoś im pomoże. Mają głęboko czasem wbudowaną nieufność i niechęć do trudnych aktywności, gdy trzeba oddać komuś kontrolę. Tylko poprzez powtarzalne doświadczenia i związane z nimi doznania (tu ważne prowadzenie przez terapeutę, który zauważa i wyjaśnia reakcje) można przemodelować mechanizmy nieufności i uzyskać najpierw kierunkową („ufam asekurującemu partnerowi”), a docelowo zgeneralizowaną ufność.	Docelowym punktem na mapie fazy III, osiąganym dzięki działaniom i logice z sąsiednich kolumn, jest rodząca się odpowiedzialność. Jak wyjaśniałem, takie efekty buduje się raczej krok po kroku i w małych „cegielkach” niż jednorazowym spektakularnym czynem. To specyficzna cecha oddziaływań wobec strauumatyzowanych dzieci. Unikamy zadań „gorących”, a więc wykraczających poza możliwość bezpiecznego opanowania i przetworzenia reakcji. Tu odpowiedzialność zbudujemy w długim procesie.

Faza IV – Integracja („defragmentacja”)

Zbieramy wszystkie „puzzle” w jedną całość. Efekt naszej pracy jest taki:
Wspinając się, dziecko używa całego ciała w sposób harmonijny i skoordynowany. Układa je i obciąża, adekwatnie oceniając swoje zasoby i optymalnie planując ruchy. W efekcie świadomie pokonuje zadane lub własne „drogi”. Potrafi dostroić się i współpracować z partnerem, któremu ufa i za którego czuje się odpowiedzialne. I wzajemnie otrzymuje to samo.
Potrafi zidentyfikować i modulować stany fizjologiczne i emocje związane ze wspinaniem. Dzięki wielokrotnemu pokonywaniu trudności, rozwija poczucie własnej wartości.
Organizm dziecka stanowi w trakcie wspinaczki jedną zintegrowaną całość – somotoryczną, fizjologiczną, emocjonalną, działającą świadomie i planowo.
Tego rodzaju efekt, tworzy solidny fundament pod generalizację na inne dziedziny życia, kolejne oddziaływania terapeutyczne i dalszy rozwój dziecka.

Podsumowanie

Zainspirowany wydarzeniami opisanymi we wprowadzeniu, wybrałem wspinaczkę jako tę aktywność, którą możemy dedykować dzieciom–uchodźcom. Ścianek wspinaczkowych mamy bez liku. Myślę, że powyższe opracowanie będzie pomocne dla specjalistów pracujących w ośrodkach i wspomagających je oraz dla ewentualnie współpracujących z nimi trenerów.

W systemie oddziaływań promowanym przez NSLT, wspinaczka jest elementem szerokiego procesu i wpisana jest w kompleksową terapię. Jest jednak taką aktywnością – oczywiście nie jedyną – która może być stosowana samoistnie i jeśli zostanie poprowadzona według zarysu przedstawionego powyżej, z pewnością będzie przydatna dla części dzieci. Myślę też, że omówienie wybranej aktywności dobrze pokazuje jedną z przewodnich myśli tego artykułu – nie ma dróg na skróty. „Przebudowa” organizmu, który ukształtował się pod wpływem toksycznych doświadczeń, jest długim i żmudnym procesem. Im więcej „cegielek” w tym procesie zostanie wbudowanych, tym lepiej. Każda z nich jest jednak cenna.

Bibliografia

- Csíkszentmihályi M (2008), *Przeptyw: psychologia optymalnego doświadczenia*, Moderator, Lewin Kłodzki
- Courtois C., Ford J. (2009), *Treating Complex Traumatic Stress Disorders. An Evidence-Based Guide*, The Guilford Press, New York, London.
- Perry B D (2006), *Applying Principles of Neurodevelopment*

to Clinical Work with Maltreated and Traumatized Children. The Neurosequential Model of Therapeutics, [w:] N. B. Webb (red.), *Working with Traumatized Youth in Child Welfare*, The Guilford Press, New York, London

- Porges S. W. (2011), *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-Regulation*, W. W. Norton & Company Ltd., New York
- Schore J., Schore A. N. (2008), *Modern Attachment Theory: The Central Role of Affect Regulation in Development and Treatment*, „Clinique Social Work Journal”, nr 36.
- Silberg J. L. (2004), *Guidelines for the Evaluation and Treatment of Dissociative Symptoms in Children and Adolescents*, International Society for the Study of Dissociation, *Journal of Trauma & Dissociation* 5(3)
- Silberg J.L., Dallam S. (2009), *Dissociation in Children and Adolescents: At the Crossroads*, [w:] P. F. Dell, J. A. O’Neil (red.) *Dissociation and the Dissociative Disorders, DSM-V and Beyond*, Routledge, New York, London
- Silberg J. L. (2013), *The Child Survivor, Healing Developmental Trauma and Dissociation*, Routledge, New York
- van der Hart O., Nijenhuis E., Steele K. (2006), *The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*, Norton, New York
- van der Kolk B. (2014), *The Body Keeps the Score*, Penguin Books, New York



fot. Anna Maciejko

V. Praca psychologiczna z migrantami i uchodźcami za pośrednictwem tłumacza

Katarzyna Janczewska-Arčon

W pracy psychologa lub psychoterapeuty język jest podstawowym narzędziem. Kiedy zdamy sobie sprawę z tego podstawowego faktu, trudno przecenić rolę tłumacza w pracy z osobami, które nie posługują się językiem, którym mówi psycholog lub terapeuta.

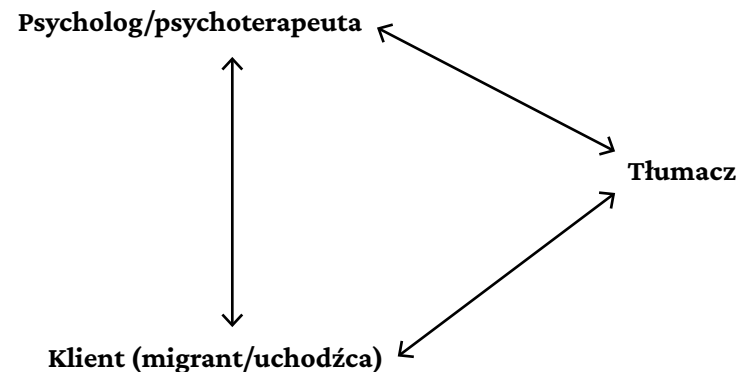
Szczególą grupą obcojęzycznych klientów są uchodźcy. Pochodzą oni często z miejsc, w których znajomość powszechnie używanych w Europie języków nie jest częsta albo znają te języki na poziomie nie pozwalającym na swobodną komunikację. Praca psychologiczna za pośrednictwem drugiego/trzeciego języka odbiorcy pomocy psychologicznej to temat zupełnie odrębny. Pracując w ten sposób należy mieć świadomość specyfiki takiej pracy i jej ograniczeń.

Sam fakt, że podczas rozmowy z psychologiem obecna jest dodatkowa osoba, ma wpływ na relację, na dynamikę spotkania i budowania relacji psycholog-klient, która z kolei w psychoterapii ma znaczenie jako jeden z najważniejszych czynników leczących.

Migranci przymusowi często pochodzą z krajów, gdzie korzystanie z pomocy specjalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym jest stygmatyzowane. Wokół spotkań z psychologiem może więc budować się dodatkowe napięcie, a kiedy dochodzi jeszcze bariera językowa i obecność tłumacza (często przedstawiciela ich własnej społeczności), sprawa dodatkowo się komplikuje. Może być tak, że obecność tłumacza wiąże się dla klienta ze wstydem, może negatywnie wpływać na poczucie bezpieczeństwa (więcej na ten temat przy omawianiu zasady poufności). Może być jednak też tak, że obecność osoby z własnego kręgu kulturowego będzie służyć klientowi,

pomoże budować zaufanie (na zasadzie: „skoro ty uważasz, że tej osobie można zaufać, a jesteś mi bliski, bo pochodzisz z tej samej grupy etnicznej, to spróbuję”). Wiele jest niewiadomych na początku takiej pracy. Psycholog musi być bardzo uważny i świadomy możliwych scenariuszy, a równocześnie otwarty na nowe.

Poniżej prosty schemat:



Widać na nim symbolicznie przedstawione relacje między uczestnikami interakcji. Najważniejsza jest relacja psycholog/terapeuta – klient, ponieważ klient przychodzi po pomoc do specjalisty, a w przypadku terapii, sama w sobie ma być czynnikiem leczącym.

Jest jednak także relacja psycholog – tłumacz. Jest ona bardzo ważna, ponieważ od współpracy tej diady zależy jakość pomocy, którą otrzyma klient.

Relacja tłumacz – klient też musi być zauważona. Bardzo ważne jest, aby klient miał poczucie, że tłumaczowi może zaufać. Jednocześnie ważne są granice w tej relacji. Zdarza się bowiem dość często, że kiedy klient poczuje się w relacji z tłumaczem dobrze, zaczyna traktować go jak znajomego lub przyjaciela. Prosi o przysługi, pomoc w ważnych sprawach nie związanych z pomocą psychologiczną (np. zapisanie dziecka do żłobka). Ważne jest, żeby omówić zasady współpracy na początku, ustalić granice. Tłumaczowi może być bardzo trudno odmówić klientowi (czasem dodatkowo dochodzą trudności związane z kontekstem kulturowym), może się czuć przytłoczony taką relacją. Rolą psychologa i organizacji zatrudniającej tłumacza jest troska o zachowanie granic.¹

Wybór tłumacza – na co zwrócić uwagę? Czego unikać?

Jeśli to możliwe, rolę tłumacza powinna pełnić osoba, która zna płynnie oba języki, a także ma znajomość kontekstu kulturowego zarówno kraju przyjmującego, gdzie odbywa się praca, jak i kraju/środowiska, z którego pochodzi klient. Dobrze, jeśli tłumacz ma doświadczenie w tłumaczeniach ustnych. A najlepiej, jeśli zdaje on sobie sprawę ze specyfiki tłumaczeń towarzyszących pracy psychologa/lekarza. Ważne jest, żeby był otwarty na szkolenie.

1. Tribe, R. Morrissey, J. (2003) *The refugee context and the role of interpreters*. [w:] R. Tribe, H. Raval (red.) *Working with interpreters in mental health*. London&New York: Brunner-Routledge.

Istotne jest upewnienie się (o czym zdarza się często zapomnieć), czy klient i tłumacz mówią tym samym dialektem języka, w którym ma odbywać się praca psychologiczna. Często między dialektami są tak duże różnice, że bardzo utrudnia to komunikację (a czasem też zbudowanie zaufania w relacji). Ma to szczególne znaczenie, jeśli pracujemy z dziećmi, albo z osobami, które nie mają wykształcenia (wykształcone osoby częściej znają formalną „oficjalną” wersję języka, podczas gdy dzieci, a w niektórych krajach muzułmańskich np. też kobiety, posługują się językiem kolokwialnym, dialektami itp.). Warto wziąć pod uwagę płeć, wiek, narodowość, pochodzenie etniczne tłumacza.

W wielu kulturach płeć ma ogromny wpływ na funkcjonowanie w relacji i komunikację. Podczas pracy psychologicznej musimy być na to szczególnie wyczuleni. Są sytuacje dość oczywiste, np. kiedy pracujemy z kobietą, która doświadczyła przemocy seksualnej, tłumacz (oraz psycholog/terapeuta) też powinny być kobietami. Praca z dziećmi też często bywa łatwiejsza, jeśli tłumaczem jest kobieta, zwłaszcza jeśli mężczyzna pełni rolę psychologa (trudno może być z dwoma mężczyznami, choć nie dotyczy to oczywiście każdego przypadku). Naczelna zasada powinna być taka, że nie zakładamy, czego klient chce, kto w roli tłumacza bardziej by mu odpowiadał, ale jeśli mamy taką możliwość, pytamy o preferencje klienta co do płci lub pochodzenia tłumacza. Czy ma to dla niego znaczenie, z kim byłoby mu łatwiej pracować?²

2. *Working with interpreters: Guidelines for psychologists* The British Psychological Society Promoting excellence in psychology (2017)

Kolejną kwestią, którą należy wziąć pod uwagę jest pochodzenie etniczne tłumacza. Czy tłumacz należy do tej samej grupy etnicznej co klient? Czy może do innej grupy z jego kręgu kulturowego? Wówczas warto poznać relacje między tymi grupami, czy nie ma między nimi uprzedzeń, wrogości, rywalizacji – zastanowić się, jak to może wpłynąć na pracę psychologiczną? Czasem można też pracować z tłumaczem z kraju przyjmującego, który opanował w bardzo dobrym stopniu znajomość języka klienta. Każdy z wyborów ma swoje konsekwencje, o których dobrze pomyśleć zawczasu i którym trzeba przyglądać się na bieżąco. Praca z tłumaczem należącym do grupy etnicznej klienta ma wiele zalet. Często taka osoba poza rolą tłumacza może wspierać psychologa w roli konsultanta kulturowego, być bardziej dopasowana do kontekstu kulturowego klienta, zwracać uwagę na rzeczy, z których znaczenia psycholog może nie zdawać sobie sprawy. Czasem też ułatwia nawiązanie kontaktu, zwłaszcza na początku, zbudowanie zaufania do psychologa. Inne trudności mogą pojawić się przy pracy z klientem, który pochodzi z małej grupy, mówi rzadkim językiem. Wtedy istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że będzie miał kontakt z tłumaczem także poza gabinetem, w kontekście towarzyskim na przykład. Taka sytuacja może utrudniać zbudowanie zaufania podczas spotkań z psychologiem, klient może mieć obawy dotyczące zachowania poufności. Z tego względu klienci czasem wybierają tłumacza spoza ich grupy etnicznej, niekiedy nawet wolą pracować w drugim języku, jeśli znalezienie niezależnego tłumacza z ich języka ojczystego jest niemożliwe. Kolejną kwestią, na którą trzeba zwrócić uwagę jest wiek tłumacza. Dla niektórych klientów wiek osób, z którymi

rozmawiają będzie miał duże znaczenie. Warto zapytać, jeśli mamy możliwość współpracy z kilkoma tłumaczami, czy klient wolałby dojrzałą osobę, czy młodszą. Często, zwłaszcza dla starszych osób, ma znaczenie, że osoby z którymi dzieli się swoimi trudnymi doświadczeniami mają już swoje doświadczenie życiowe.

Przy pracy z dziećmi, jak zostało już wspomniane, bardzo ważne jest upewnienie się co do dialektu, czy tłumacz na pewno będzie rozumiał różne dziecięce sformułowania, często pochodzące spoza formalnego języka oraz czy dziecko dobrze rozumie słowa tłumacza (deklaratywnie często zapewnia, że tak, ale warto to zweryfikować).

Jeśli pracujemy z rodziną, ważne jest, aby korzystać z pomocy tłumacza, który posługuje się wersją języka/dialektem zrozumiałą tak samo dobrze dla wszystkich jej członków. Jeśli choć jedna osoba nie mówi płynnie w języku, w którym odbywają się spotkania, należy poszukać innej możliwości tłumaczenia. Przy wyborze tłumacza należy upewnić się, że tłumacz nie jest osobą spokrewnioną z klientem, a także nie pozostaje z nim w relacjach zawodowych czy finansowych. Czasem zdarza się, że rolę tłumacza pełni ktoś z rodziny np. mąż/ żona, przy konsultacji współmałżonka, syn/córka podczas rozmowy z rodzicem. To nie jest dobre rozwiązanie. Klient może nie chcieć mówić o trudnych doświadczeniach, emocjach, aby nie martwić bliskiej osoby, może odczuwać lęk, wstyd itd. Taka sytuacja jest szczególnie nieodpowiednia, jeśli w roli tłumacza jest dziecko.

Budowanie relacji psycholog-tłumacz

Psycholog i tłumacz powinni stanowić zespół, w którym każdy odgrywa ważną rolę. Istotne jest jednak, że to psycholog kieruje spotkaniem i to on odpowiada za jakość udzielanej pomocy psychologicznej, a tłumacz pełni funkcję wspierającą (jakkolwiek niezbędną). Obecność tłumacza ma bez wątpienia wpływ na dynamikę spotkania i całego procesu (diagnostycznego czy terapeutycznego), jednak to psycholog jest odpowiedzialny za prowadzenie spotkania. W szczególnych sytuacjach budowanie przymierza terapeutycznego czy zaufania klienta do psychologa może być zaburzone. Klient może zbudować na przykład przymierze z tłumaczem, wykluczając psychologa.³

Jak wspomniano na początku, relacja psycholog/terapeuta – tłumacz jest bardzo ważna, ponieważ od jej jakości zależy też jakość pomocy, jaką może otrzymać klient. Bardzo ważne jest, żeby oparta była na takich wartościach jak szacunek, zaufanie i otwartość.

O co zadbać przed spotkaniem?

Ważne jest, żeby przed spotkaniem z klientem psycholog spotkał się z tłumaczem. Jeśli z danym tłumaczem pracuje po raz pierwszy, powinien zorientować się, czy ma on doświadczenie w tłumaczeniu spotkań z psychologiem (diagnostyki/terapii). Warto aby psycholog opowiedział, jak pracuje, jakie są zasady współpracy podczas prowadzonych przez niego spotkań. Jeśli tłumacz do tej pory nie tłumaczył konsultacji psychologicznych, powinien zostać przeszkolony na temat specyfiki takiej pracy przez psychologa lub organizację, dla której pracuje. Podobnie – przed każdą wspólną sesją psycholog powinien poświęcić około 10 minut na spotkanie z tłumaczem, aby omówić cel spotkania, podzielić się ważnymi informacjami dotyczącymi kontekstu spotkania (jeśli to możliwe). Jeśli planuje użycie narzędzi diagnostycznych (testy psychologiczne, kwestionariusze), powinien dać możliwość zapoznać się z nimi tłumaczowi wcześniej. Podobnie dobrze jeśli przedstawi mu specjalistyczne zwroty/słownictwo, jeśli planuje go używać (to pozwoli tłumaczowi lepiej przygotować się do danego spotkania). Podczas takiego spotkania przed pierwszą wizytą klienta, jeśli tłumacz pochodzi z tego samego kraju/kregu kulturowego co klient, można dodatkowo dopytać go o interesujące nas kwestie kulturowe, albo np. upewnić się co do wymowy imienia klienta. Oczywiście warto pytać o rozumienie kontekstu kulturowego zadać też samemu klientowi.

3. Więcej na ten temat patrz M. Wądołowska (2014) *Praca z tłumaczem w terapii – diagnozie psychologicznej*. Centrum Inicjatyw Międzykulturowych, Warszawa.

O czym pamiętać w czasie sesji i po spotkaniach?

Jest wiele drobnych technicznych rzeczy, o których należy pamiętać podczas sesji z udziałem tłumacza. Przede wszystkim takie sesje mogą dłużej trwać, ponieważ te same zdania powtarzane są po dwa razy. Trzeba zdawać sobie z tego sprawę przy planowaniu spotkań/interwencji i albo rozkładać je na więcej spotkań albo zdecydować się na wydłużenie sesji. Dobrze używać raczej prostego języka, bez specjalistycznych sformułowań (ułatwia to tłumaczenie). Dobrze unikać też przysłów, które są trudne do przetłumaczenia, uwarunkowane kulturowo. Starać się mówić powoli i pamiętać o robieniu przerw, krótszych zdaniach, aby tłumacz mógł na bieżąco tłumaczyć - zmniejsza to ryzyko pominięcia lub zniekształcenia czegoś w tłumaczeniu. Podczas sesji wszystko co mówimy powinno być zrozumiałe dla wszystkich biorących udział w spotkaniu. To znaczy, że jeśli mamy uwagi do tłumacza, lepiej omówić je po sesji (chyba że to krótkie pytanie typu: zdaje mi się, że klient powiedział coś jeszcze?) ewentualnie, w wyjątkowych sytuacjach przeprosić klienta i wyjaśnić sytuację z tłumaczem poza gabinetem. Podobnie poboczne rozmowy między klientem a tłumaczem (jeśli takie mają miejsce) powinny być przetłumaczone, aby psycholog też wiedział czego dotyczą. Pozwala to zadbać o granice, trzymanie roli tłumacza, chroni go przed ewentualnym obsadzaniem go przez klienta w innych rolach.

Po zakończeniu pracy z klientem dobrze jest poświęcić kilka minut na omówienie sesji z tłumaczem. Warto zapytać o trudności techniczne – czy nie mówiłam za szybko, czy wystarczająco często robię przerwy? Można zadać pytanie otwarte

o wrażenia tłumacza, jego spostrzeżenia dotyczące spotkania. Ważne, aby zachęcać tłumacza do otwartej komunikacji, także do mówienia o trudnościach, które mogą mieć wpływ na jego pracę. Mogą to być techniczne problemy np. klient mówi niewyraźnie, cicho, niezrozumiałym dialektem, ale też trudności wynikające ze sposobu bycia klienta (np. coś w jego zachowaniu jest dla tłumacza irytujące), a w szczególnych sytuacjach treści poruszane przez klienta mogą rezonować z tłumaczem np. ma podobne trudne doświadczenia. W tej ostatniej sytuacji wskazana jest superwizja/interwizja dla tłumacza. Jeśli pracujemy z osobami, które doświadczyły traum, superwizja dla tłumaczy staje się koniecznością. Dobrze omówić reakcje, trudne emocje tłumacza bezpośrednio po sesji, na której wystąpiły traumatyczne lub potencjalnie traumatyzujące treści, a niezależnie od tej interwencji zapewnić tłumaczowi możliwość superwizji (indywidualnej lub grupowej), aby zapobiec wypaleniu czy wtórnej traumatyzacji.

Należy podkreślić, że za dobrostan tłumacza w kontekście tłumaczenia sesji psychologicznych/psychoterapeutycznych ponosi odpowiedzialność psycholog i organizacja, która organizuje tę pomoc. Tłumacz powinien mieć zapewnione szkolenie oraz superwizję/interwizję, wsparcie, które pomoże mu radzić sobie z trudnymi treściami ze spotkań z klientami.

Dbanie o relację klient – psycholog

Zbudowanie relacji klient-psycholog/terapeuta opartej na zaufaniu jest kluczowa dla procesu diagnozy czy terapii. Podstawową zasadą pozwalającą klientowi, odbiorcy pomocy psychologicznej, jest zasada poufności obowiązująca wszystkich uczestników spotkania. Na pierwszym spotkaniu należy szczegółowo omówić kwestię poufności i upewnić się, że wszyscy uczestnicy spotkania rozumieją tę zasadę i ją akceptują. Trzeba też omówić wyjątki od tej zasady (np. sytuacje związane z zagrożeniem życia klienta, ujawnienie faktu przemocy seksualnej wobec osoby nieletniej). Niekoniecznie trzeba omawiać każdy z możliwych wyjątków (może być to obciążające dla klienta) – można podać przykład takiej sytuacji, a szerzej omówić ten temat, jeśli klient ma dodatkowe pytania.

Dla zbudowania zaufania ważne jest, żeby w sytuacji, kiedy odbywa się z danym klientem więcej niż jedno spotkanie, pracować z tym samym tłumaczem.

Na początku pierwszego spotkania psycholog (jako prowadzący) powinien przedstawić wszystkich jego uczestników (siebie i tłumacza) i wyjaśnić ich role. To bardzo ważne, daje poczucie bezpieczeństwa w czasie niejasnej dla klienta sytuacji, ale może też zapobiec ewentualnemu wciągnięciu tłumacza przez klienta w inne role.

Jeśli pracujemy z rodziną, warto zaznaczyć na początku pierwszego spotkania, że wszystko, co mówimy podczas sesji będzie tłumaczone – także wymiany zdań pomiędzy członkami rodziny, nie tylko to, co mówione jest bezpośrednio do psychologa. Podczas sesji psycholog/terapeuta powinien oczywiście mówić

do klienta, z nim nawiązywać kontakt wzrokowy, starać się aktywnie słuchać (mimo, że nie rozumie języka, w którym mówi klient), zwracać uwagę na komunikację niewerbalną (gesty, mimikę, ton głosu itp. – uwaga na specyfikę kulturową przy ich interpretacji!).

Podczas pracy psychologicznej tłumaczenie powinno być jak najwierniejsze, najlepiej w pierwszej osobie (w praktyce wielu tłumaczy przechodzi momentami na tłumaczenie w trzeciej osobie). Trzeba sobie zdawać sprawę, że tłumaczenie trudnych treści w pierwszej osobie może być traumatyzujące, dlatego tak ważne jest profesjonalne wsparcie dla tłumacza. Warto poprosić też tłumacza o zachowanie stosowanych przez klienta pauz i ton głosu (oczywiście bez przerysowania).

Tłumaczenie podczas udzielania pomocy psychologicznej powinno być jak najwierniejsze, choć nie zawsze musi być dosłowne. Czasem normy kulturowe naszych klientów znacząco różnią się od naszych, dosłowne tłumaczenie nie ma wtedy sensu. Na przykład w kulturze irańskiej i afgańskiej istnieje pojęcie ta`arofu. Jest to złożona sztuka etykiety, obejmująca różne zachowania społeczne i przejawiająca się w komunikacji. Wiąże się ona z umniejszaniem swoich zasług, chwaleniem innych, okazywaniem szacunku na bardzo wiele sposobów – nie odwracanie się plecami do rozmówcy, zamienianiem kilku zdań z każdym, z kim mamy kontakt w sklepie, urzędzie itp. Często ma formę bardzo rozbudowanych, czasem poetyckich zwrotów grzecznościowych. Wchodząc na przykład do urzędu, a czasem też gabinetu lekarza/psychologa, osoba z tego kręgu

kulturowego może powiedzieć: *Dast-e tun dard nakone* co dosłownie przetłumaczone znaczy *Niech nie bolą Cię Twoje ręce*. Dosłowne tłumaczenie, jak widać, może w tej sytuacji być zupełnie niezrozumiałe w naszym kręgu kulturowym. Podobnie, jak dziwne może się wydawać pytanie do psychologa/terapeuty na drugim spotkaniu, czy jego członkowie rodziny (małżonek/dzieci/rodzice) są zdrowi. Tłumacz może przetłumaczyć takie zwroty zmieniając ich treść, a zachowując znaczenie kulturowe (budowanie relacji, zapewnienie o szacunku) lub tłumacząc je bardziej dosłownie wyjaśnić ich kontekst kulturowy.

Jeśli chcemy dbać o budowanie zaufania trzeba też unikać prowadzenia rozmów z tłumaczem przy kliencie, których ten nie rozumie (na wymianę myśli z tłumaczem powinniśmy mieć dodatkowy czas przed i po sesji). Warto również poprosić o unikanie rozmów klient-tłumacz, których nie rozumie psycholog.

Dobrze też, żeby klient wiedział, jak może skontaktować się bezpośrednio z psychologiem/ terapeutą, jeśli np. nie czuje się dobrze z danym tłumaczem (omówić techniczne możliwości takiej komunikacji).

Praca zespołowa

Przy udzielaniu pomocy uchodźcom i migrantom najlepiej działać w zespole. Zespół poza psychologiem i tłumaczem powinien składać się z pracownika socjalnego, asystenta międzykulturowego, w razie potrzeby także prawnika i innych osób. Pozwala to na zapewnienie całościowej pomocy klientom, ale ułatwia też zadbanie o granice ról tłumacza i psychologa. Tłumacz może być wtedy wyłącznie tłumaczem – nie czuje się zobowiązany do pomocy klientowi w różnych sprawach życia codziennego.

3.

Standardy diagnozy specjalistycznej dzieci z doświadczeniem przymusowej migracji

standardy opracował zespół w składzie:

Agnieszka Carrasko–Żylicz,

Katarzyna Janczewska–Arčon,

Kamil Kamiński,

Anna Kawalska,

Marta Piegat–Kaczmarczyk,

Zuzanna Rejmer,

Beata Staniszevska,

Jolanta Zmarzlik.

Redakcja: Zuzanna Rejmer

Opracowane przez nas „Standardy diagnozy specjalistycznej dzieci z doświadczeniem przymusowej migracji” adresowane są do psychologów pracujących z dziećmi (m. in. w poradniach pedagogiczno–psychologicznych), a także do pedagogów szkolnych i przedszkolnych, logopedów i terapeutów dziecięcych.

Naszym celem jest określenie ram, warunków brzegowych, których znajomość i przestrzeganie jest niezbędne w odpowiedzialnej i profesjonalnej pracy z dziećmi, które doświadczyły uchodźstwa. Niniejsze opracowanie bazuje i nawiązuje do „Standardów diagnozy psychologicznej w edukacji dla psychologów pracujących w poradniach psychologiczno–pedagogicznych i w szkołach”¹ oraz do „Standardów postępowania diagnostycznego w sprawach osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy w Polsce”².

1. „Standardy diagnozy psychologicznej w edukacji dla psychologów pracujących w poradniach psychologiczno–pedagogicznych i w szkołach”, opracowanie: dr Katarzyna Gruszczyńska, prof. zw. dr hab. Grażyna Krasowicz–Kupis, dr Agata Potapska, dr Katarzyna Wiejak, Maja Filipiak, dr Dorota Bednarek; przy współpracy: dr Jolanty Flejszar–Olszewskiej, dr Aleksandry Piotrowskiej, Marii Jaworskiej, Ewy Ulrich–Załęskiej Źródło: http://brpd.gov.pl/sites/default/files/standardy_diagnozy_psychologicznej_w_educacji.pdf

2. „Wskazówki realizacji standardów ogólnych prowadzenia procesu diagnostycznego w sprawach osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy w Polsce”, opracowane przez Zespół ds. Diagnostyki Uchodźców, Ogólnopolska Sekcja Diagnozy Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, aktualizacja z dn. 13. 09. 2015; https://ptp.krakow.pl/wp-content/uploads/2021/01/2_diagnoza-uchodzcyCC%81cy-w-Polsce.pdf

Proponowane przez nas standardy niejako nadpisujemy nad ogólnie przyjętymi standardami dotyczącymi diagnozy dzieci. Przedstawione tu wytyczne mają strukturyzować proces wnioskowania diagnostycznego w sytuacji przeprowadzania diagnozy dzieci z doświadczeniem migracyjnym, w tym przede wszystkim z doświadczeniem migracji przymusowej. Mają pomóc diagnostom poznać i zaadaptować dobre praktyki w tym zakresie oraz **poprawić dostęp dzieci–migrantów do rzetelnej i wystandaryzowanej diagnozy psychologicznej, uwzględniającej szereg czynników wynikających m.in. z ich doświadczenia migracji, a warunkujących i wpływających na ich rozwój i dobrostan psychospołeczny**. Jak każdego diagnostę – specjalistę pracującego z dzieckiem migrantem/uchodźcą – obowiązują oczywiście wszelkie standardy dotyczące diagnozy dzieci (por. „Standardy diagnozy psychologicznej w edukacji dla psychologów pracujących w poradniach psychologiczno–pedagogicznych i w szkołach”). Jednocześnie bardzo ważne jest, by w swojej pracy kierował się on również standardami przedstawionymi w niniejszym dokumencie.

W praktyce diagnoza może być prowadzona przez jedną osobę, przy współpracy i zasięgnięciu informacji od innych osób pracujących z danym dzieckiem. Zachęcamy jednak, by w miarę możliwości diagnozy były wypracowywane zespołowo, tzn. by były tworzone przez kilku specjalistów i miały wielospecjalistyczny charakter.



fot. Anna Maciejko

STANDARDY

1. Etyczny aspekt diagnozy dzieci

Diagnosta prowadząc diagnozę:

- przestrzega powszechnych zasad etycznych, a także tych zapisanych w zasadach etycznych danego zawodu – psychologa, logopedy itd.;
- jest świadomy, że podmiotem diagnozy jest dziecko i niezależnie od tego, co jest przedmiotem diagnozy, nadrzędną wartością i celem jest dobro dziecka;
- w procesie diagnozy uwzględnia prawa dziecka, w tym szczególnie te zapisane w Konwencji Prawach Dziecka z 1989 r. przyjętej przez Zgromadzenie ONZ (Dz.U. z 1991.,Nr 120, poz. 526) oraz zapisane w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. z 1997.,Nr 78, poz. 483) i w prawie oświatowym.

W szczególności ważne jest, by diagnosta pamiętał, że dziecko-klient ma:

- Prawo do ochrony prywatności

Informacja o fakcie przeprowadzania diagnozy i jej wynikach z założenia jest poufna i nie powinna być udostępniana osobom trzecim, chyba że jest to konieczne ze względu na dobro dziecka. Wyjątek stanowią tu rodzice lub prawni opiekunowie dziecka.

- Prawo do informacji

Dziecko otrzymuje zrozumiałą dla niego informację o celu, w jakim przeprowadzana jest diagnoza. Po zakończeniu procesu diagnostycznego otrzymuje informację o wynikach diagnozy. Jeśli dziecko zgłasza taką potrzebę, otrzymuje dodatkowe wyjaśnienia dotyczące tak celu diagnozy, jak i jej przebiegu, w tym w szczególności informację, komu będą udostępniane jej wyniki. Forma i treść wszelkich informacji przekazywanych dziecku powinny być dostosowane do poziomu jego rozwoju psycho–emocjonalnego.

- Prawo do dobrowolności

Dziecko, po otrzymaniu informacji o celu diagnozy, wyraża świadomą zgodę na udział w procesie diagnostycznym. Formalną zgodę na diagnozę musi wyrazić również rodzic lub rodzice dziecka.

- Prawo do wyrażania własnych poglądów

W procesie diagnostycznym należy umożliwić dziecku dzielenie się opiniami i uwagami na temat spraw, które go dotyczą.

- Prawo do znajomości swoich praw

Dziecko–klient otrzymuje od diagnosty informację o prawach, jakie mu przysługują w procesie diagnozy.

2. Cel diagnozy i diagnozowane obszary funkcjonowania dziecka

Nadrzędnym celem diagnozy jest dobro dziecka – poprawa jego dobrostanu i wsparcie go w pokonywaniu różnych trudności. Celami pośrednimi diagnozy mogą być:

- określenie rozwoju poznawczego dziecka,
- określenie funkcjonowania emocjonalno–społecznego z uwzględnieniem:
 - ewentualnych skutków doświadczeń traumatycznych,
 - integracji z polskim społeczeństwem,
- określenie sprawności motorycznej dziecka w zakresie motoryki małej i dużej,
- określenie indywidualnych potrzeb psychofizycznych, edukacyjnych i rozwojowych dziecka,
- określenie gotowości szkolnej.

W procesie diagnozy dziecka z doświadczeniem migracyjnym, a zwłaszcza dziecka z doświadczeniem uchodźstwa, warto zwrócić uwagę na zebranie informacji w następujących obszarach:

- historia migracji (gdzie dziecko mieszkało, jak długo i w jakich krajach),
- historia dziecka i rodziny,
- funkcjonowanie dziecka na poziomie fizjologicznym (czy dobrze je, śpi itd.),
- funkcjonowanie poznawcze i emocjonalno–społeczne,
- zasoby dziecka (osobiste, społeczne, kulturowe, emocjonalne),

- doświadczenia traumatyczne i ich wpływ na funkcjonowanie dziecka,
- adaptacja w nowym środowisku – poziom integracji i etap szoku kulturowego,
- zaplecze kulturowe i normy kulturowe oraz ich wpływ na funkcjonowanie dziecka,
- funkcjonowanie w relacjach (np. diagnoza relacji w grupie klasowej, grupie rówieśniczej),
- trudności i sukcesy szkolne,
- doświadczenia edukacyjne (w Polsce i poza Polską),
- sytuacja rodzinna dziecka (np. czy rodzice mają ustabilizowany pobyt w Polsce, czy jeszcze są w procedurze o nadanie statusu uchodźcy),
- znajomość języków (w mowie i piśmie) jaką prezentuje dziecko oraz rodzice/opiekunowie (w tym głównie języka polskiego oraz innych używanych w rodzinie),
- informacje o stanie zdrowia dziecka (na podstawie wywiadu z rodzicem bądź dostępnej dokumentacji medycznej).

W procesie diagnozy należy zwracać uwagę także na **kompetencje dziecka, jego umiejętności praktyczne, społeczne, emocjonalne. Jego dotychczasowe pozytywne doświadczenia życiowe, edukacyjne itd.**

Przedstawione tu obszary diagnozy nie są listą kompletną. Jednakże uwzględnienie ich – lub chociaż jej części – może być **kluczowe dla przeprowadzenia rzetelnego i trafnego procesu diagnozy.**

3. Kwalifikacje i kompetencje diagnosty

Diagnosta posiada wykształcenie wyższe kierunkowe – psychologiczne lub pedagogiczne – oraz kompetencje diagnostyczne i inne specjalistyczne przydatne w procesie diagnostycznym. Posiada kompetencje i uprawnienia do używania konkretnych narzędzi diagnostycznych, którymi się posługuje. Ponadto diagnosta:

- Regularnie poddaje swoją pracę superwizji, w tym superwizji koleżeńskiej.
- W procesie diagnostycznym bierze pod uwagę fakt, że ludzie mają różne normy i zasady kulturowe.
- Jest świadomy własnego etnocentryzmu kulturowego – tendencji do uznawania wyższości własnych standardów kulturowych nad standardami innych grup kulturowych³ i podejmuje świadome wysiłki na rzecz akceptacji różnych norm kulturowych i nie uznawania wyższości jednych nad drugimi. Kształtuje w sobie postawy i kompetencje związane z etnorelatywizmem – elastyczność myślenia, tolerancja dla niejednoznaczności, wrażliwość kulturowa itd.
- Jest świadomy naturalnej ludzkiej skłonności do stereotypowego postrzegania innych ludzi i podejmuje świadome wysiłki, by nie poddawać się jej.
- Podnosi regularnie swoje kompetencje zawodowe (w tym szczególnie międzykulturowe).
- Zachowuje pozycję niezależną od zleceniodawcy (urzędu, reprezentowanej instytucji itd.).

3. zob. M. J. Bennett, *Becoming interculturally competent* [w:] Wurzel, J.S., Ed., *Toward Multiculturalism: A Reader in Multicultural Education*, Intercultural Resource Corporation, 2004

Standardowo diagnosta pracujący z dzieckiem z doświadczeniem migracji powinien posiadać kompetencje merytoryczne w ramach następujących obszarów:

- Mieć ukończone kursy i szkolenia z zakresu pracy z dziećmi, młodzieżą i rodziną.
- Posiadać wiedzę dotyczącą traumy i jej wpływu na funkcjonowanie dziecka oraz kompetencje do pracy z dziećmi po doświadczeniach traumatycznych.
- Przeszedł szkolenie z zakresu pracy psychologicznej z uchodźcą.
- Ma kompetencje do pracy w różnych językach (sam lub/i przy pomocy tłumacza) z dzieckiem nie-polskojęzycznym.

Rekomendowana wiedza wynikająca z norm kulturowych, w których dorasta diagnozowane dziecko:

- normy związane z wychowaniem dzieci,
- zachowania i normy związane z funkcjonowaniem w różnych sytuacjach społecznych (np. w szkole: relacja uczeń – nauczyciel, rodzic –nauczyciel),
- religia i zwyczaje z nią związane (np. dotyczące stroju, jedzenia, koedukacyjnych lekcji z WFu),
- struktura rodziny – specyfika relacji w rodzinie i roli poszczególnych jej członków,
- role społeczne związane z płcią,
- szczególnie cenione wartości kulturowe,
- tematy tabu,
- sposoby rozwiązywania konfliktów,
- pojęcie czasu, postrzeganie czasu,
- komunikacyjne i kulturowe normy wyrażania emocji.

4. Miejsce i warunki prowadzenia diagnozy

Bardzo ważne jest, by badanie przeprowadzać w bezpiecznej przestrzeni zapewniającej poczucie komfortu, sprzyjającej koncentracji uwagi i otwartości wypowiedzi. Pokój badań ma być z jednej strony przytulny, a z drugiej nie może przypominać pokoju zabaw. Nadmiar zabawek może rozpraszać dzieci.

Nie rekomendujemy prowadzenia badania dziecka w miejscu jego zamieszkania. Dziecko może bowiem kojarzyć je z zewnętrznymi czynnikami wpływającymi na jego funkcjonowanie (np. doświadczenie przemocy domowej).

Rekomendacja ta jest istotna zwłaszcza w przypadku dzieci przebywających w zamkniętych ośrodkach strzeżonych⁴.

Rekomendujemy, by dzieci, które przebywają w tzw. strzeżonym ośrodku dla cudzoziemców, miały możliwość udziału w procesie diagnostycznym zorganizowanym poza ośrodkiem. Dobrą praktyką jest zaproszenie dziecka do pokoju psychologicznego w tzw. otwartym ośrodku dla cudzoziemców.

4. Strzeżone ośrodki dla cudzoziemców – ośrodki prowadzone przez Straż Graniczną, w których przebywają osoby przymusowo poddane detencji, tj. izolacji. Detencję stosuje się w razie stwierdzenia, że cudzoziemiec zagraża obronności lub bezpieczeństwu państwa albo bezpieczeństwu i porządkowi publicznemu. Można ją również zastosować, gdy cudzoziemiec nielegalnie przekroczył granicę lub nie posiada żadnych dokumentów tożsamości. Prawo polskie dopuszcza detencję rodzin z dziećmi, co od lat jest powodem protestów organizacji pozarządowych i krytyki Rzecznika Praw Obywatelskich i Rzecznika Praw Dziecka. Osoby wnioskujące o status uchodźcy zwykle mieszkają w otwartych ośrodkach dla cudzoziemców lub wynajmują mieszkania na wolnym rynku.

Ze względu na różny wiek badanych dzieci, pokój w którym prowadzone jest badanie, powinien być wyposażony w meble różnej wielkości, tak by zarówno przedszkolak, jak i nastolatek czuł się w tej przestrzeni swobodnie i komfortowo – np. mógł skorzystać ze stołu i krzesła dopasowanego do wzrostu i wieku. W pracy z dziećmi młodszymi niezbędne są różne rekwizyty. Sprawdzają się miękkie siedziska, niskie, najlepiej plastikowe stoliki, duże poduchy, materacyki, piłki. Powinny one być dostępne dla dziecka w każdej chwili i nie sprawiać wrażenia ułożonych dla ozdoby. W gabinecie powinny być też dostępne zabawki pełniące funkcję diagnostyczną.

Niezbędne zabawki to:

- lalki, wyposażenie domku i domek dla lalek,
- pacynki,
- proste klocki,
- samochodziki,
- zabawki-zwierzątka – wielu dzieciom łatwiej jest dystansować się od swoich przeżyć, przenosząc swoje ludzkie doświadczenia w wymyślony świat pluszowych zwierzątek,
- kredki, mazaki i papier do rysowania.

5. Relacje diagnosty z rodzicem lub opiekunem prawnym

a) Zgoda na diagnozę

Diagnosta przeprowadza badanie na wniosek opiekunów prawnych dziecka (zazwyczaj rodziców) i za ich zgodą oraz za zgodą samego dziecka.

Badanie może być również przeprowadzone na prośbę placówki edukacyjnej lub innej instytucji publicznej (np. Urzędu ds. Cudzoziemców), o ile:

- na przeprowadzenie badania zgodę wyrażą opiekunowie prawni dziecka,
- przeprowadzenie badania na wniosek danej instytucji jest możliwe w świetle obowiązującego prawa.

Dzieci z doświadczeniem przymusowej migracji **często przebywają pod opieką jednego rodzica**, a nawiązanie kontaktu z drugim rodzicem jest często niemożliwe. Stąd **rekomendujemy, by – do kiedy jest to możliwe – pracować z dzieckiem przy zgodzie jednego rodzica**, który w świetle polskiego prawa ma pełnię praw rodzicielskich (podobnie jak rodzic, który zgody na badanie nie wyraził).

6. Kompetencje językowe oraz kulturowe dziecka i rodziców

b) Kontakt z rodzicami

W pierwszym spotkaniu z diagnostą uczestniczyć powinien wyłącznie rodzic (opiekun prawny), rekomendujemy, aby odbyło się ono bez uczestnictwa dziecka. W trakcie takiego wstępnego spotkania diagnosta:

- przyjmuje postawę aktywnego słuchacza – zadaje pytania i buduje atmosferę zaufania i otwartości;
- omawia z rodzicem cel diagnozy oraz etyczne aspekty jej przeprowadzania (patrz: *1. Etyczny aspekt diagnozy dzieci*);
- omawia swoją rolę w tym procesie;
- podkreśla, że badając dziecko, będzie kierował się przede wszystkim dobrem dziecka,
- będzie zbierać informacje o rodzinnej sytuacji dziecka oraz dodatkowe informacje o samym dziecku (np. o jego stanie zdrowia).

c) Osoby obecne przy diagnozie

Dziecko może być z diagnostą samo w pokoju, w którym przeprowadzane jest badanie, bądź uczestniczyć w badaniu razem z rodzicem. Jeśli rodzic będzie chciał, ma prawo uczestniczyć we wszystkich spotkaniach jego dziecka z diagnostą.

W procesie specjalistycznej diagnozy dzieci–uchodźców należy brać pod uwagę fakt, że zarówno dla dziecka, jak i dla rodziców język polski nie jest językiem rodzimym.

Słaba znajomość lub brak znajomości języka polskiego przez dziecko i/lub rodzica może zaburzać i utrudniać samą diagnozę. Z drugiej strony szersza wiedza o kompetencjach językowych dziecka (tych posiadanych nie tylko w języku polskim) jest niezbędna, aby dokonać rzetelnej, kompleksowej oraz trafnej diagnozy.

W procesie diagnozy należy zebrać następujące informacje:

- jakimi językami posługuje się dziecko i jaki jest stopień znajomości tych języków (rozumienie, mówienie, czytanie, pisanie);
- jak przebiega komunikacja w rodzinie tj. czy w użyciu jest jeden czy kilka języków, w jakim języku rozmawiają ze sobą dorośli, w jakim dorośli z dziećmi, w jakim dzieci między sobą;
- w szczególności określić, który język jest dla dziecka językiem komunikacji z rodzicami (określić, czy jest to jeden język, czy kilka, a może jest to mieszanka języków).

Planując i prowadząc badanie diagnostyczne, należy:

- uwzględnić poziom znajomości języka polskiego, tak dziecka, jak i rodzica. Stosownie do tego poziomu dobrać metody i narzędzi diagnostyczne. Jeśli zachodzi taka konieczność, należy skorzystać ze wsparcia tłumacza (patrz: punkt 7. i 8.);
- uwzględnić różnice i uwarunkowania kulturowe i odpowiednio do nich dobrać narzędzi i metody diagnostyczne (patrz: punkt 8.).

5. Więcej na ten temat w rozdziale „Praca psychologiczna z migrantami i uchodźcami za pośrednictwem tłumacza” autorstwa Katarzyny Janczewskiej – Arčon.

6. Jeśli poszukujemy profesjonalnego tłumacza, warto zwrócić się do organizacji pozarządowych wspierających migrantów i uchodźców w Polsce z prośbą o polecenie sprawdzonego tłumacz/ki. Podobnie pomocna może okazać się szkoła lub placówka Urzędu ds. Cudzoziemców np. ośrodek dla cudzoziemców. Organizacje te mają niejednokrotnie wieloletnie doświadczenie w zakresie współpracy z tłumaczami z różnych języków.

7. Tłumacz w procesie diagnostycznym

Czasami w procesie diagnostycznym potrzebne jest wsparcie tłumacza.

Rekomendacje dotyczące przebiegu współpracy z tłumaczem⁵:

- Rekomendujemy pracę z profesjonalnym tłumaczem⁶. Jeśli jest to niemożliwe, do pomocy w tłumaczeniu zapraszamy dorosłą osobę, która zna odpowiednie języki (i/lub odpowiedni dialekt danego języka).
- **Nie wolno do tłumaczenia w procesie diagnozy angażować dzieci** – zarówno tych, które są podmiotem diagnozy, jak i innych dzieci (np. rodzeństwa). Wykorzystywanie dzieci do tłumaczenia rozmowy dotyczącej kwestii wychowawczych, ich własnej sytuacji czy zachowania, prowadzi do „wyprowadzenia” dziecka z roli dziecka i obarczenia go wiedzą i odpowiedzialnością, której nie powinno na siebie brać.
- Tłumacz nie powinien być krewnym lub znajomym dziecka, lub rodziców dziecka. Rekomendacja ta wiąże się z kwestiami poufności i możliwym konfliktem lojalności.
- Jeśli to możliwe, lepiej jeśli tłumacz nie pochodzi z mniejszości, z której pochodzi osoba badana (zdarza się, że powoduje to nieufność lub lęk).
- Jednocześnie zaleca się, aby tłumacz nie pochodził z kraju – agresora, którego działania doprowadziły do uchodźstwa rodziny.

- Płeć, wiek i inne cechy – zarówno diagnosty, jak i tłumacza – mogą mieć wpływ na przebieg procesu diagnostycznego. Należy mieć tego świadomość, także w świetle specyfiki kulturowej diagnozowanego dziecka.
- Ważne jest, aby cały proces diagnozy odbywał się we współpracy z jednym i tym samym tłumaczem.
- Rekomendujemy, by przed rozpoczęciem pracy z tłumaczem ustalić z nim zasady współpracy, przygotować go na specyfikę tłumaczenia procesu diagnostycznego.
- Zalecane jest dosłowne tłumaczenie wypowiedzi dziecka, w pierwszej osobie. Na przykład: tłumacz powinien stosować formę „pamiętam, jak bawiłam się lalką”, zamiast „dziecko mówi, że pamięta, jak bawiło się lalką”.
- Najlepiej, gdy tłumacz jest obecny na miejscu podczas diagnozy. Telefoniczne tłumaczenia bywają wystarczające podczas krótkich konsultacyjnych wizyt. Na potrzeby przeprowadzenia złożonej diagnozy, do której niezbędne jest zbudowanie pewnego poziomu zaufania, ważne jest jednak, aby tłumacz był obecny na miejscu.
- Ważne jest podkreślenie w obecności dziecka, rodziców oraz tłumacza zasady poufności obowiązującej podczas procesu diagnozy.
- Ważne jest, aby nawiązać bezpośrednią relację z rozmówcą (rodzicem dziecka, z dzieckiem), zwracać się bezpośrednio do niego, patrzeć na tę osobę, nie na tłumacza.
- Ważne, by być wrażliwym na sygnały trudności w komunikacji, reagować na nie.
- Dobrą praktyką jest poświęcenie kilku – kilkunastu minut po spotkaniu na rozmowę z tłumaczem i wyjaśnienie ewentualnych wątpliwości, omówienie ewentualnych problemów z komunikacją, itd.

8. Metody diagnostyczne

Diagnosta, prowadząc badanie, korzysta z następujących metod:

- wywiad z rodzicem i dzieckiem;
- narzędzia psychometryczne **neutralne kulturowo lub/i zaadaptowane kulturowo i różnorodne**⁷, dostosowane do poziomu znajomości języka polskiego;
- wywiad z nauczycielami, asystentami kulturowymi i innymi pracownikami szkoły znającymi dziecko;
- kwestionariusze objawowe;
- skale wykonaniowe;
- obserwacja podczas zabawy i interakcji dziecka z diagnostą;
- czas zbierania danych diagnostycznych zależy od sytuacji dziecka, jednak nie powinien on być krótszy niż 2–4 godziny lub 2–4 spotkania.

7. Por. K. Barzykowski, H. Grzymała–Moszczyńska, D. Dzida, J. Grzymała–Moszczyńska, M. Kosno, *Wybrane zagadnienia diagnozy psychologicznej dzieci i młodzieży w kontekście wielokulturowości oraz wielojęzyczności*, Warszawa 2013. W publikacji można znaleźć zalecenia i wskazówki, co do konkretnych narzędzi diagnostycznych proponowanych do wykorzystania w pracy z dziećmi wielojęzycznymi, nie znającymi języka polskiego lub osadzonymi w innej niż polska kulturze.

Odsyłamy także do rozdziału w niniejszej publikacji: „Narzędzia wspierające diagnozę dzieci z doświadczeniem uchodźstwa”, autorstwa Beaty Stanisławskiej.

9. Struktura opinii

Każdy diagnosta, w zależności od własnej specjalizacji i celu przeprowadzanej diagnozy nadaje raportowi określoną strukturę. Jednocześnie każdy raport pisemny powinien zawierać następujące informacje:

- cel i kontekst procesu diagnostycznego – kto i w jakim celu oraz okolicznościach poprosił o wykonanie diagnozy;
- kto uczestniczył w diagnozie (opiekun prawny, dziecko – razem, czy osobno);
- ile trwał proces diagnozy (ile godzin, spotkań);
- informacje o wykorzystanych narzędziach diagnostycznych;
- czyje jeszcze obserwacje zostały włączone do opinii (nauczyciele, wychowawcy świetlicy, pracownicy ośrodka, rodzice, inne osoby, które mają kontakt z dzieckiem);
- **które z warunków opisanych w standardach zostały spełnione i w jakim zakresie, a które nie zostały spełnione**, np. czy diagnoza była przeprowadzona w obecności tłumacza, w miejscu przystosowanym do pracy z dziećmi;
- prezentację wniosków diagnozy **uwzględniającą mocne strony, zasoby i umiejętności dziecka**, opis trudności i słabych stron funkcjonowania dziecka;
- rekomendacje dotyczące sposobu wspierania dziecka w rozwoju (w danym diagnozowanym obszarze oraz szerzej).

Pisemny raport z badania (opinia) powinien być stworzony w języku polskim oraz – w przypadku, gdy dziecko i/lub opiekun prawny dziecka nie posługuje się językiem polskim – w innym zrozumiałym dla nich języku (jeśli jest taka możliwość). Jeśli wykonanie tłumaczenia jest technicznie niemożliwe, konieczne jest przynajmniej omówienie raportu z dzieckiem i jego opiekunem w języku dla nich zrozumiałym.

Rodzic lub opiekun dziecka zawsze powinni otrzymać oryginał lub kopię raportu, nawet jeśli był on zamawiany przez zewnętrzną instytucję. Należy dochować wszelkiej staranności, by nie przekazywać raportu osobom postronnym.

Bibliografia:

- M. J. Bennett, *Becoming interculturally competent* [w:] Wurzel, J.S., Ed., *Toward Multiculturalism: A Reader in Multicultural Education*, Intercultural Resource Corporation, 2004
- K. Barzykowski, H. Grzymała–Moszczyńska, D. Dzida, J. Grzymała–Moszczyńska, M. Kosno, *Wybrane zagadnienia diagnozy psychologicznej dzieci i młodzieży w kontekście wielokulturowości oraz wielojęzyczności*, 2013
- K. Gruszczyńska, G. Krasowicz–Kupis, A. Potapska, K. Wiejak, M. Filipiak, D. Bednarek, *Standardy diagnozy psychologicznej w edukacji dla psychologów pracujących w poradniach psychologiczno–pedagogicznych i w szkołach*, http://brpd.gov.pl/sites/default/files/standardy_diagnozy_psychologicznej_w_educacji.pdf
- *Wskazówki realizacji standardów ogólnych prowadzenia procesu diagnostycznego w sprawach osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy w Polsce*, opracowanie: Zespół ds. Diagnostyki Uchodźców, Ogólnopolska Sekcja Diagnostyki Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, aktualizacja z dn. 13. 09. 2015; <https://sekcjadiagnozy.files.wordpress.com/2019/01/wytyczne-realizacji-standard%C3%B3w-w-obszarze-diagnostyki-uchod%C5%BAc%C3%B3w-nowelizacja.pdf>



fot. Tomek Kaczor

4.

**Narzędzia wspierające
diagnozę dzieci
z doświadczeniem
uchodźstwa**



fot. Marta Piegat-Kaczmarczyk

I. Wprowadzenie do procesu diagnozy oraz narzędzia psychometryczne

Beata Staniszevska

Osoby pracujące z dziećmi z doświadczeniem migracyjnym, w tym specjaliści zajmujący się szeroko rozumianą diagnozą – psychologiczną, pedagogiczną czy logopedyczną – stają w obliczu wielu trudności i wyzwań. Różnorodność, specyfika kulturowa i językowa oraz trudne doświadczenia związane z migracją podnoszą wysoko poprzeczkę diagnostom i terapeutom.

Wielokrotnie w swojej pracy zawodowej stawałam w obliczu dylematu, jakie narzędzia wybrać, by wynik diagnozy odzwierciedlał rzeczywiste trudności i zasoby dziecka. Pracę diagnostyczną zaczynam zwykle od rozmowy z rodzicem/opiekunem dziecka, obserwacji funkcjonowania dziecka podczas działań swobodnych oraz dyrektywnych, czasem stosuję do tego celu kwestionariusze obserwacyjne, w dalszej kolejności sięgam po testy psychologiczne.

Spotykając się z dzieckiem, w pierwszej kolejności zawsze staram się nawiązać z nim pozytywny kontakt, uwzględniając zasady kultury, z której dane dziecko pochodzi. Przygotowując się do spotkania, staram się poszerzyć moje kompetencje kulturowe, co pozwala mi lepiej rozumieć treści danej kultury, a więc przynajmniej o krok zbliża mnie do pełniejszego zrozumienia dziecka i jego doświadczeń rozwojowych. Poszerzając swoją wiedzę kulturową, uczestniczę w szkoleniach oraz wymieniam wiedzę i doświadczenie z osobami pracującymi z dziećmi z doświadczeniem migracji.

Jeśli nie znam języka, w którym komunikuje się badany, choćby w stopniu podstawowym, przygotowuję sobie zestaw pojedynczych słówek i zwrotów, i odpowiadających im konkretnych

ilustracji, aby nawiązać bezpieczną, opartą na zaufaniu relację z dzieckiem. Dzięki temu dziecko czuje się bardziej swobodnie i bezpiecznie w nowej dla niego sytuacji, łatwiej wchodzi w kontakt z diagnostą oraz chętniej uczestniczy w sytuacji zadaniowej.

Przystępując do pracy, zwracam także uwagę na trudności adaptacyjne, nazywane „szokiem kulturowym”, które to wiążą się z przebywaniem dziecka w nowym, obcym, często niezrozumiałym dla niego otoczeniu. Powyższe może generować stres i lęk. To, w jakim stanie emocjonalnym znajduje się dziecko, zależy od wielu czynników, np. powód i okoliczności opuszczenia rodzimego kraju (dzieci uchodźcze, reemigranci, dzieci z rodzin mieszanych, dzieci pochodzące z mniejszości etnicznych), wiek dziecka, osoby z którymi przyjechało, obecne jego miejsce zamieszkania (ośrodek dla cudzoziemców otwarty lub strzeżony, mieszkanie prywatne, mieszkanie u znajomych/ rodziny), znajomość języka polskiego, stopień podobieństwa kultury, z której dziecko pochodzi, do kultury polskiej. Ważne jest także, na którym etapie przeżywania „szoku kulturowego” dziecko aktualnie się znajduje. W zależności od tego mogą pojawiać się u niego różnorodne emocje: ekscytacja, radość, lęk, złość, frustracja, gniew, nienawiść czy zadowolenie, co w znaczący sposób rzutuje na występowanie u niego trudności poznawczych oraz motywacyjno – emocjonalnych.

Uwzględniając powyższe, standardowy wywiad rozwojowy warto uzupełnić o dodatkowe aspekty uwzględniające proces migracji.

Przykłady dodatkowych pytań:

1. Okoliczności i przyczyny wyjazdu (wyjazd nagły, zaplanowany)
2. Rodzaj migracji (imigrant, reemigrant, rodzina dwukulturowa, mniejszość etniczna, uchodźca)
3. Wiek dziecka w czasie wyjazdu
4. Doświadczenia rodziny
5. Status prawny dziecka i rodziny
6. Czas pobytu w Polsce
7. Miejsce zamieszkania w Polsce
8. Doświadczenia edukacyjne
9. Osoby wspierające
10. Umiejętności komunikacyjne dziecka w języku rodzimym, dominacja języka

Poniżej przedstawiam narzędzia psychometryczne, z których korzystam w pracy z dziećmi z doświadczeniem migracji. Wiele z nich jest pozawerbalnych i neutralnych kulturowo, a więc mogą być przydatne do diagnozy nawet mimo bariery językowej.

Ocena inteligencji niewerbalnej i płynnej, rozumowania indukcyjnego, rozumienia symboli, uważności – przegląd stosowanych narzędzi

Międzynarodowa Skala Wykonaniowa Leitera¹ jest testem niewerbalnym, co oznacza, że nie zawiera ona poleceń słownych – dlatego też samo zrozumienie, na czym polegają zadania, jest jej istotnym elementem. Można ją stosować u dzieci w wieku od 3 do 15 lat. Test pozwala ocenić poziom zdolności dziecka do wykonania pewnych operacji umysłowych – analizy i syntezy wzrokowej, rozumowania indukcyjnego, rozumienia symboli oraz pamięci bezpośredniej. Wnikliwa obserwacja zachowania dziecka podczas rozwiązywania testu daje możliwość oceny różnych aspektów jego funkcjonowania oraz pozwala ocenić styl poznawczy dziecka (refleksyjny/impulsywny, zależny od pola/niezależny od pola percepcyjnego).

Materiał skali w przeważającej części ma charakter atematyczny (głównie geometryczny neutralny treściowo). Część zadań opiera się jednak na materiale tematycznym (rysunki przedstawiające przedmioty codziennego użytku, zwierzęta, ludzi), wymagającym wykorzystywania posiadanej wiedzy i doświadczenia, co stanowić może pewne utrudnienie dla dzieci wywodzących się z innej kultury.

Zauważyłam, iż dla większości dzieci charakter zadań omawianej Skali jest interesujący, obniża u nich poziom lęku i wzmacnia motywację zadaniową. Niemniej dzieci z zaburzeniami

1. autor: Russel G. Leiter; polska standaryzacja i podręcznik: Aleksandra Jaworowska, Anna Matczak, Teresa Szustrowa; wydawnictwo: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego

koncentracji i motywacji mają trudność w odnalezieniu się w sytuacji zadaniowej bez kontaktu słownego. Ograniczeniem w stosowaniu tej skali jest również fakt, iż jest ona za trudna dla najsłabszych dzieci z grupy 3- i 4-latków, natomiast za łatwa dla wysokofunkcjonujących 15-latków.

Nową wersją Skali Leitera jest **Leiter–3 Międzynarodowa Wykonaniowa Skala Leitera**², która poza oceną inteligencji niewerbalnej, pozwala także ocenić pamięć i uwagę. Poza tym wyniki w testach oraz wskaźniki «Iloraz Inteligencji Niewerbalnej» i «Pamięć Niewerbalna» mogą być przedstawiane w postaci «Wyników Rozwojowych», co umożliwia zauważenie nawet niewielkich zmian zachodzących w toku rozwoju – efekty stymulacji rozwoju, spowolnienia rozwoju czy zmiany regresywne. Nowością jest, iż Skala Leiter–3 zawiera «Skalę Obserwacyjną» służącą wykrywaniu nietypowych cech zachowania dziecka, które mogą rzutować na jego globalne funkcjonowanie – edukacyjne i społeczne.

Kolejnym z testów, z którego korzystam w pracy z dzieckiem z doświadczeniem migracyjnym, jest **Test Matryc Ravena**³, zarówno jego wersja kolorowa, jak i wersja standard (TMS–R, TMS–K). Test ten również należy do grupy testów wykonaniowych, i jest testem niezależnym od wpływu czynników

2. autorzy: Gale H. Roid, Lucy J. Miller, Mark Pomplun, Chris Koch; polska adaptacja: Anna Matczak, Aleksandra Jaworowska, Katarzyna Martowska; wydawnictwo: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego
3. autor: J. C. Raven; polska standaryzacja: Aleksandra Jaworowska; wydawnictwo: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego

kulturowych. Wymaga on jednak od badanego dziecka znajomości języka. Z tego względu może on być mało użyteczny do badania dzieci, które słabo znają język polski. Test ten mierzy inteligencję płynną, zdolności myślenia przez analogie, zdolności do dostrzegania zasad rządzących danym zadaniem, wychodzenia poza dostarczone informacje, tworzenia nowych pojęć niewerbalnych. Zadania w każdej serii zaczynają się od bardzo łatwego, którego celem jest wprowadzenie dziecka w problem, jaki będzie rozwiązywać – następnie ich trudność stopniowo rośnie. Zadania mają postać niepełnych wzorów przedstawiających albo pojedyncze, albo wieloelementowe układy figuralne. Zadanie badanego polega na uzupełnieniu wzoru poprzez wskazanie jednego z sześciu podanych fragmentów. Elementy wzoru w każdej serii są ułożone zgodnie z inną zasadą.

Obserwacja dziecka w trakcie wykonywania zadania daje mi także informacje, w jaki sposób przeszukuje ono pole wzrokowe (od lewej do prawej, od góry do dołu czy też chaotycznie), czy udzielane przez nie odpowiedzi są przemyślane, pewne, czy też impulsywne i niepewne (jak często zmienia swoją odpowiedź?), czy oczekuje ode mnie potwierdzenia poprawności dokonanego wyboru, czy precyzyjnie wskazuje palcem/długopisem wybrany element. Pośrednio uzyskuję pewne informacje o procesach wzrokowo – przestrzennych, uwagowych, np. poziomie selektywności uwagi (zdolność do wybrania jednego elementu spośród innych), funkcjach wykonawczych – zdolności hamowania niepożądanych nasuwających się reakcji, koordynacji wzrokowo – ruchowej, procesach emocjonalnych i motywacyjnych.

Jednym z najczęściej rekomendowanych testów stosowanych do diagnozy dzieci wywodzących się z innej kultury jest **Neutralny Kulturowo Test Inteligencji Cattella** (CFT 1–R⁴ oraz CFT 20–R⁵). Służy on do pomiaru inteligencji płynnej na materiale niewerbalnym, mierzy wrodzony potencjał intelektualny dziecka niezależny od wpływów edukacyjnych oraz środowiska wychowawczo–kulturowego. Test ten zawiera zadania mierzące zdolności percepcyjne i spostrzegawczość (zakres i szybkość postrzegania wzrokowego, uwagę, koordynację wzrokowo–ruchową, zdolność różnicowania figur) oraz zdolności dostrzegania różnic i klasyfikowania cech, wnioskowania, rozpoznawania i rozumienia reguł i powiązań w materiale obrazowym, trafność przewidywania i w efekcie prawidłowego doboru brakujących elementów struktury. Jako test niewerbalny szczególnie nadaje się do diagnozy dzieci emigrantów, słabo znających język polski oraz dzieci z lukami lub deficytami edukacyjnymi. Głównym utrudnieniem w stosowaniu tego testu w diagnozie dzieci migracyjnych jest konieczność prezentowania dziecku instrukcji słownej, dodatkowo innej w każdym z podtestów.

4. CFT 1–R Neutralny Kulturowo Test Inteligencji Cattella – wersja 1 zrewidowana przez Rudolfa H. Weißa i Jürgena Osterlanda; autorzy: R. H. Weiß i J. Osterland; podręcznik: Marta Koć–Januchta; wydawnictwo: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego

5. CFT 20–R Neutralny Kulturowo Test Inteligencji Cattella – wersja 2 zrewidowana przez R. H. Weißa we współpracy z B. Weißem; autorzy: Raymond B. Cattell, Rudolf H. Weiß (rewizja); polska adaptacja i podręcznik: Joanna Stańczak; wydawnictwo: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego

Z mojego doświadczenia wynika, iż większość badanych dzieci obcojęzycznych z podstawowym rozumieniem języka polskiego dość dobrze radzi sobie z wykonaniem zadań testowych. Większość z nich ma za sobą doświadczenia funkcjonowania w sytuacji zadaniowej typu „papier – ołówek”. Podczas spontanicznej czy też ukierunkowanej stymulacji poznawczej dopasowywały już wcześniej symbol do rysunku, rysowały drogę w labiryncie, znajdowały element taki sam, jak wskazany lub też niepasujący do pozostałych oraz uzupełniały szereg zgodnie z zasadą. Trudność z poprawnym, adekwatnym do możliwości dziecka wykonaniem tego testu mają dzieci prezentujące cechy impulsywne, w przypadku których czas refleksji nad poprawnością udzielanej odpowiedzi jest stosunkowo krótki, a udzielane przez nie odpowiedzi są przypadkowe. Należy zwrócić uwagę na fakt, że dzieci o dużej impulsywności mają niską motywację do wykonania zadania, do osiągnięcia sukcesu w tym zakresie lub sukces identyfikują z szybkością, a nie poprawnością odpowiedzi. Na niekorzystny wpływ impulsywności szczególnie podatne są zadania zamknięte, a także zadania, w których narzuca się szybkość pracy, np. przez widoczne dla dziecka mierzenie czasu – na wykonanie każdego z podtestów w Neutralnym Kulturowo Teście Inteligencji Cattella badany ma ograniczoną ilość czasu. Trzeba pamiętać także o tym, iż wynik w teście uzależniony jest od czynników percepcyjnych, co może powodować zaniżenie wyników u dzieci z deficytami w tym zakresie, a nie świadczyć o znacznie obniżonym poziomie rozwoju inteligencji płynnej.

Do jakościowej percepcji wzrokowej, uwagi i kontroli wzrokowo–ruchowej, bezpośredniej pamięci wzrokowej oraz zdolności grafomotorycznych u dzieci obcojęzycznych stosuje **Test Figury Złożonej Reya–Osterreitha**⁶. Polega on na odwzorowaniu figury złożonej, a następnie – po trzyminutowej przerwie – odtworzeniu jej z pamięci. Instrukcja jest wydawana w języku polskim, jest ona krótka i nawet dziecko bez znajomości języka polskiego bez większego trudu rozumie zadanie, w szczególności jeśli polecenie słowne popiera gestem wskazania. Prezentowana jest mu figura wzorcowa, otrzymuje czytą kartkę i ołówek i wie, że ma tę figurę przerysować, a w dalszej kolejności odtworzyć z pamięci.

Podobne funkcje (percepcja wzrokowa, poziom pamięci wzrokowej, zdolności wzrokowo – konstrukcyjne, umiejętności grafomotoryczne) mierzy **Test Pamięci Wzrokowej Bentona**⁷. Posiada on trzy równoległe wersje: C, D i E, z których każda składa się z 10 wzorów zawierających jedną, dwie lub trzy figury geometryczne. Test można przeprowadzić za pomocą czterech alternatywnych metod: A – natychmiastowe odtwarzanie wzoru z pamięci po 10–sekundowej ekspozycji, B – natychmiastowe odtwarzanie wzoru z pamięci po 5–sekundowej ekspozycji, C – badany kopiuje wzór, mając go cały czas przed oczami, D – badany ogląda wzór przez 10 sekund i odtwarza go z pamięci po 15–sekundowym odroczeniu.

6. Zob. B. Strupczewska, *Test Figury Złożonej Reya–Osterreith'a*: podręcznik, Centralny Ośrodek Metodyczny Poradnictwa Wychowawczo–Zawodowego Ministerstwa Edukacji Narodowej, 1990

7. Autor: Artur L. Benton; polska normalizacja (2019): Aleksandra Jaworowska, Iwona Bac, Joanna Stańczak; wydawnictwo: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego

Również **Test Bender–Koppitz**⁸ mierzy poziom rozwoju integracji wzrokowo–ruchowej, percepcji wzrokowej, pamięci wzrokowej oraz koordynacji wzrokowo – ruchowej. Zadanie badanego polega na odwzorowywaniu prezentowanych dziecku kolejno 9 rysunków wzorcowych.

Test Rozwoju Percepcji Wzrokowej Marianny Frostig (DTVP)⁹ mierzy poziom rozwoju percepcji wzrokowej (rozumianej jako zdolność do rozpoznawania, różnicowania i interpretowania bodźców wzrokowych) oraz poszczególnych jej składowych: koordynacji wzrokowo–ruchowej, spostrzegania figury i tła, stałości kształtu, położenia figur oraz stosunków przestrzennych. Zadania testowe polegają między innymi na rysowaniu linii ciągłych pomiędzy dwoma punktami, obrysowywaniu ukrytych lub częściowo nakładających się figur, wybieraniu spośród różnych figur geometrycznych wyłącznie kół i kwadratów i obrysowywaniu rysunku różniącego się od pozostałych w serii położeniem lub rysunku identycznego ze wzorcowym, oraz odwzorowywaniu różnych kombinacji linii z wykorzystaniem punktów orientacyjnych. Test jest przeznaczony do badania dzieci w wieku 4–8 lat.

W każdym powyżej omawianych testów instrukcja jest wydawana w języku polskim, jest ona krótka i nawet dziecko bez znajomości języka polskiego, w szczególności jeśli polecenie słowne popiera gestem wskazania, bez większego trudu rozumie zadanie.

8. Zob. J. Jaworska, *Test Bender–Koppitz*, Warszawa 1990

9. Autor: Marianna Frostig; polska standaryzacja (1999): Ewa Pietsch–Szurek, Barbara Szmiągowska–Siuta, Jerzy Siuta; wydawnictwo: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego

Spośród prób niewystandaryzowanych oceniających ogólny poziom funkcji wzrokowo – ruchowych oraz percepcję wzrokową (różnicowanie, analiza i synteza, spostrzeganie położenia w stosunku do osi pionowej i poziomej, spostrzeganie kierunków i stosunków przestrzennych) stosuję **Próby Spionek**¹⁰. Materiał zadaniowy stanowią tutaj rysunki 14 figur – 6 prostych (koło, kwadrat, krzyż prosty i ukośny, kwadrat oparty na kącie oraz równoległobok) oraz 8 złożonych z figur prostych. Zadanie dziecka polega na kolejnym przerysowywaniu poszczególnych figur. Nawet dzieci bez zupełnej znajomości języka polskiego domyślają się, na czym polega zadanie i je wykonują.

Dość dobrze sprawdza się **Test Figur Odwróconych Edfeldta**¹¹, który podobnie jak wyżej wymienione metody mierzy zdolności różnicowania wzrokowego, zdolności spostrzegania aspektu kierunkowego figur i ich ułożenia w przestrzeni. Materiał testowy stanowią rysunki par prostych figur. Figury w parze mogą być identyczne lub różnić się kształtem lub ułożeniem w przestrzeni. Zadanie dziecka polega na wykreśleniu na arkuszu testowym wszystkich par figur różniących się w zakresie jednego z dwóch aspektów. W przeciwieństwie do wyżej wymienionych metod mierzących podobne funkcje i umiejętności, metoda ta może być stosowana do badania dzieci z zaburzeniami motoryki, ponieważ nie wymaga ona kreślenia precyzyjnych ruchów. W związku z tym, iż par figur, które dziecko

10. H. Spionek, *Zaburzenia rozwoju uczniów a niepowodzenia szkolne*, Warszawa 1973
11. W. Edfeldt (1964); autor polskiego opracowania i podręcznika: M. Bogdanowicz

ma porównać, jest bardzo dużo, zadania te stają się szybko dla dziecka monotonne, dzieci dekoncentrują się w trakcie pracy, często też zapominają, co mają zrobić, co stanowi pewne utrudnienie w zastosowaniu tej metody. Uwzględniając powyższe, dzielę wykonanie zadania na dwie części i przed rozpoczęciem pracy staram się ustalić z dzieckiem zakres materiału, który ma wykonać do przerwy i po przerwie. Zauważyłam, iż przy takim podziale pracy dziecko jest bardziej zmotywowane, a tym samym lepiej skoncentrowane na zadaniu. Ma także poczucie sukcesu – „dałem radę, umiem, potrafię”.

Dużą trudnością w pracy z dzieckiem nie znającym języka polskiego jest ocena funkcji słuchowo – językowych. Do tego celu wykorzystuję poniżej przedstawione niewystandaryzowane próby kliniczne.

Odtwarzania Struktur Rytmicznych Miry Stambak¹². Metoda ta służy do oceny poziomu percepcji słuchowej i strukturalności czasowej, bezpośredniej pamięci słuchowej oraz integracji słuchowo – ruchowej. Próba ta składa się z układów rytmicznych, ułożonych zgodnie z zasadą stopniowania trudności. Badający odtwarza podane struktury rytmiczne za pomocą poprzez stukanie ołówkiem o biurko, prosząc badanego o ich dokładne powtórzenie. Trzeba pamiętać, iż sprawność wykonania zadań zależy nie tylko od poziomu rozwoju analizy i syntezy słuchowej, ale także od pamięci i koordynacji słuchowo – ruchowej, a także od koncentracji uwagi. Dzieci bardzo lubią wykonywanie tego zadania, jest ono dla nich formą oryginalnej i ciekawej zabawy.

12. Zob. R. Zazzo, *Metody psychologicznego badania dziecka*, t. I–II, 1974

Analogiczne zadania znajdują się w Zestawie prób do badania procesów poznawczych u pacjentów z uszkodzeniami mózgu W. Łuckiego w zadaniu – *Odtwarzanie struktur rytmicznych*.

Próba badająca zakres percepcji słuchowej będzie także zadanie polegające na identyfikacji i rozpoznaniu dwóch dźwięków jako tożsamy, choć różniących się w pewnych zakresach, np. dźwięk klaksonów dwóch samochodów nie jest identyczny, jednak postrzegamy je jako „ten sam” dźwięk, który określamy jako „trąbienie”.

Kolejnym narzędziem diagnostycznym, z którego korzystam w pracy z dzieckiem migracyjnym jest **Krótką Skala Rozwoju Dziecka (KSRD)**¹³, która umożliwia przeprowadzenie wstępnej oceny rozwoju dziecka w czterech podstawowych obszarach rozwojowych: poznawczym, emocjonalnym, motorycznym oraz mowy. **Narzędzie oparte jest o tzw. normy rozwojowe i – co różni je od wcześniej wymienionych narzędzi – ma ono charakter checklisty.** Wyniki wywiadu rozwojowego oraz obserwacji funkcjonowania dziecka pozwalają na wyciągnięcie wstępnych wniosków dotyczących prawidłowości rozwojowych w poszczególnych sferach. Wskazują także na obszary deficytowe, tym samym ukierunkowują dalsze działania diagnostyczno – terapeutyczne.

W ocenie poziomu rozwoju dziecka migracyjnego korzystam także z dwóch podtestów bezsłownych wchodzących w skład **Skali Inteligencji Wechslera Dla Dzieci (WISC-R)**¹⁴:

13. Autorka: Magdalena Chrzan–Dętkoś; wydawnictwo: Pracownia Testów Psychologicznych i Pedagogicznych

14. Autor: David Wechsler; Polska adaptacja: Anna Matczak, Joanna Stańczak, Aleksandra Jaworowska, Iwona Bac; wydawnictwo: Pracownia Testów Psychologicznych i Pedagogicznych

Wzory z klocków oraz Labirynty (podtest zastępczy). Są to podtesty, które mają charakter niewerbalny, są także atematyczne, nieobciążone kulturowo.

Podtest «Wzory z klocków» mierzy wzrokową percepcję bodźców abstrakcyjnych, orientację, wyobraźnię oraz wizualizację przestrzenną, planowanie, koordynację wzrokowo – ruchową, metodę uczenia się, umiejętność pracy pod presją czasu oraz tempo procesów umysłowych. Uzyskać można także wiele dodatkowych informacji o badanym dziecku. Obserwacja, w jaki sposób dziecko manipuluje klockami – czy układa je metodą prób i błędów, czy też zupełnie przypadkowo lub też stosuje konkretną strategię wypełniania wzoru, np. od środka, od rogu czy jednego z nich – daje nam informację, w jaki sposób dziecko rozwiązuje problemy poznawcze.

To, jak często dziecko patrzy na wzór podczas układania – czy kilkakrotnie przenosi wzrok z wzoru na klocki, czy też przygląda się raz i następnie układa cały wzór – daje nam dodatkowe informacje o pamięci wzrokowej oraz procesach uwagowych. Dodatkowo czas potrzebny dziecku na wykonanie zadania i związana z nim poprawność wykonania zadania pozwala diagnoście wyciągnąć wnioski dotyczące jego stylu poznawczego. Jeśli badany wykonując zadanie ma krótki czas reakcji, co oznacza, iż dość szybko podejmuje decyzje poznawcze i podaje odpowiedź, które zwykle są przypadkowe i niepoprawne, wnioskować można o impulsywności poznawczej. Jeśli natomiast długo zastanawia się nad odpowiedzią, ale mieści się w limicie czasowym, a przy tym popełnia znikomą liczbę błędów oraz stosuje systematyczną, sensowną strategię poszukiwania informacji niezbędnych do wykonania zadania, prezentuje wówczas refleksyjny styl poznawczy.

Jest to dla diagnosty cenna informacja, którą można wykorzystać przy jakościowej analizie kolejnych zadań testowych.

Należy pamiętać, iż styl poznawczy wiąże się z poziomem tolerancji ryzyka poznawczego. Obserwując funkcjonowanie dziecka w sytuacji zadaniowej widzimy, w jaki sposób reaguje ono na niepowodzenie. Obserwujemy, czy pomimo braku sukcesu jest wytrwałe i zmotywowane do wykonania zadania, czy też jest niepewne, denerwuje się i wycofuje z sytuacji zadaniowej.

Uzupełniający podtest skali bezsłownej – „Labirynty” – bada koordynację wzrokowo – ruchową, zdolność do planowania działania, możliwości wyhamowania reakcji nieprawidłowych na podstawie informacji wzrokowo – przestrzennych oraz tempo pracy. Tak jak w poprzednim podteście, możemy dodatkowo uzyskać informacje m. in. na temat stylu poznawczego oraz czynników emocjonalno – motywacyjnych: jak szybko dziecko się zniechęca; czy rysuje dla samego rysowania, czy też szuka wyjścia z labiryntu; jaki jest chwyt i nacisk narzędzia pisarskiego; czy pojawia się drżenie lub pocenie rąk; czy dziecko podąża wzrokiem za ruchem dłoni, czy też sprawia wrażenie jakby patrzyło na to, gdzie prowadzi linie; czy często błędnie rysuje drogę i musi wycofywać się z labiryntu; czy kreślone przez nie linie są ciągłe, czy też szarpane, przerywane.

Do oceny funkcji wykonawczych – planowania i hamowania reakcji służy także **Test Labiryntu Porteus**, który składa się z serii labiryntów o różnym stopniu trudności. Badany powinien znaleźć i narysować ścieżkę bez ograniczeń czasowych. Robiąc to, musi unikać ślepych zaułków, ale nie może wracać na ścieżkę. Test jest odpowiedni dla dzieci od 3 roku życia oraz dorosłych.

Zdarza się, iż w niektórych sytuacjach diagnostycznych odstępujemy od ściśle określonych procedur stosowania narzędzi testowych, wówczas uzyskane przez dziecko wyniki analizujemy tylko i wyłącznie jakościowo.

Zadaję sobie pytania, np.

- jakich odpowiedzi dziecko udzieliło i dlaczego?
- z jakich powodów badany nie odpowiedział na pytanie, nie wykonał zadania – nie rozumiał, nie miał wiedzy czy też błędy wynikają z różnic kulturowych?
- czy stan emocjonalny dziecka zaburzył jego procesy poznawcze?
- czy obecność tłumacza wpłynęła na wyniki?

Podsumowując, w procesie diagnozy dziecka z doświadczeniem migracyjnym uwzględniam: rodzaj migracji, różnice kulturowe, straty i zasoby dziecka, własne kompetencje kulturowe, fazę adaptacji, poziom kompetencji językowych dziecka oraz poziom jego traumatyzacji.

Narzędzie diagnostyczne każdorazowo dobieram do celu diagnozy, indywidualnych cech i doświadczeń dziecka, własnych kompetencji diagnostycznych oraz właściwości samego narzędzia.

Korzystam przede wszystkim z testów niewerbalnych, wykonaniowych i niezależnych kulturowo, badających inteligencję płynną. Zawsze pamiętam:

**DIAGNOZĘ STAWIA SPECJALISTA – PSYCHOLOG,
PEDAGOG, LOGOPEDA,
NIE NARZĘDZIE DIAGNOSTYCZNE**

Bibliografia

- Benton Sivan, A., *Test Pamięci Wzrokowej Bentona. Podręcznik*, Warszawa, 2007
- Bogdanowicz, M., *Test Figur Odwróconych Edfeldta. Maszynopis*, Gdańsk, 1987
- Ciechanowicz, A., *Skala Dojrzałości Umysłowej Columbia*, Warszawa, 1992
- Chrzan–Dętko Magdalena, *Krótką Skala Rozwoju Dziecka*, Pracownia Testów Psychologicznych i Pedagogicznych, Gdańsk 2016
- Domagała, A., Mirecka, U., *Profil sprawności grafomotorycznych*, Gdańsk, 2010
- Emde N. Robert (przewodniczący zespołu), *Klasyfikacja Diagnostyczna DC:0–3R*, Wydanie poprawione, Oficyna Wydawnicza Fundament, Warszawa 2007
- Hornowski, B., *Analiza psychologiczna Skali J. C. Ravena*, Warszawa, 1970
- Jaworowska A., *Test Pamięci Wzrokowej Bentona. Polska normalizacja*, Warszawa, 2007
- Jaworowska, A., Matczak, A., Szustrowa, T., *Międzynarodowa Wykonaniowa Skala Leitera P–93*, Warszawa, 1996.
- Jaworowska A., Matczak A., Szustrowa T, *Międzynarodowa Wykonaniowa Skala Leitera P–93. Polska standaryzacja 1993: populacja ogólna 3–15 lat, dzieci głuche 3–14 lat. Podręcznik. II wydanie*, Warszawa, 2009
- Jaworowska, A., Szustrow, T., *Test Matryc Ravena w wersji Kolorowej TMK. Formy: Klasyczna i Równoległa. Podręcznik. Wydanie 3 niezmienione*, Warszawa, 2013
- Koć–Januchta, M., *Neutralny Kulturowo Test Inteligencji Cattella – Wersja 1 CFT 1–R. Podręcznik*, Warszawa, 2013
- Krasowicz–Kupis, G., *Zetotest. Podręcznik*, Lublin, 1997
- Krasowicz–Kupis, G., Wiejak, K., *Skala inteligencji Wechslera dla dzieci (WISC–R) w praktyce psychologicznej*, Warszawa, 2006
- Matczak, A., *Style poznawcze. Rola indywidualnych preferencji*, Warszawa, 1982
- Matczak, A., *Test Porównywania Znanych Kształtów (MFF) J. Kagana. Podręcznik*, Warszawa, 1992
- Matczak, A., Piotrowska, A., Ciarkowska, W., *Skala Inteligencji Wechslera dla Dzieci – wersja zmodyfikowana. Podręcznik*, Warszawa, 2008
- Pietsch–Szurek, E., Szmigielska, B. i Siuta, J., *Test Rozwoju Percepcji Wzrokowej Marianny Frostig. Podręcznik*, Warszawa, 1992
- Strupczewska, B., *Test Figury Złożonej Rey–Osterrietha. Podręcznik*, Warszawa, 1990
- Krasowicz–Kupis G., Wiejak K., Gruszczyńska K., *Katalog metod diagnozy rozwoju poznawczego dziecka na etapie edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej TOM I – narzędzia dostępne w poradniach psychologiczno–pedagogicznych i szkołach*, Warszawa, 2015



fot. Tomek Kaczor

II Diagnoza funkcjonowania emocjonalnego, społecznego oraz skutków traumy – przegląd narzędzi diagnostycznych

Marta Piegat–Kaczmarczyk

Dzieci z doświadczeniem migracji, a w szczególności przymusowej migracji (uchodźstwa), często mają za sobą wiele doświadczeń traumatycznych. Począwszy od przemocy, której część z nich doświadczała w domach rodzinnych, przez bycie świadkiem przemocy wobec bliskich, dalej poprzez porwania, zaginięcia, zastraszenia, do nagłej i niebezpiecznej ucieczki, koczowanie na dworcach, odmowy przekroczenia granicy, groźby napływające z kraju pochodzenia, aż do dotarcia do nieznanego kraju i obcej szkoły. Dzięki poprawnie przeprowadzonej diagnozie zrozumiemy, czy dziecko, z którym pracujemy doświadczyło traumy lub traum. Dowiemy się także, jakie są konsekwencje w jego funkcjonowaniu fizjologicznym, emocjonalnym, poznawczym i społecznym. Opisane poniżej narzędzia służą diagnozie właśnie tych obszarów

Dokonując diagnozy należy pamiętać, że funkcje poznawcze i to, jak korzysta z nich dziecko, w ogromnej mierze zależą od jego poczucia bezpieczeństwa – nie tylko podczas kontaktu diagnostycznego, ale także na co dzień. Wiemy, że kortyzol, wydzielający się w sytuacjach stresowych może blokować pracę kory przedczołowej i hipokampa, odpowiedzialnych za pamięć i procesy myślowe, a także mobilizować układ limbiczny do szybkich, instynktowych reakcji: walki, ucieczki, lub zamrożenia. Celem naszych działań jest więc zdiagnozowanie i zrozumienie genety i przejawów trudności, z którymi mierzy się dziecko oraz dążenie – poprzez działania terapeutyczne – do przywrócenia poczucia bezpieczeństwa i ponownego „przełączenia” mózgu z trybu przetrwania do trybu rozwoju.

Diagnoza Więzi Rodzinnych Dzieci i Młodzieży¹

Narzędzie składa się z 15 zabaw opisanych w podręczniku oraz zestawu pomocy (zabawki, karty pracy, obrazki itd.) Użycie go pozwala na ocenę funkcjonowania systemu rodzinnego, więzi, hierarchii, granic pomiędzy osobami identyfikowanymi przez dziecko jako rodzina. Obserwacja dziecka lub młodego człowieka wykonującego kolejne zabawy i zadania daje diagnostom ważne informacje na temat problemów, których doświadcza dziecko oraz zasobów członków rodziny do radzenia sobie w trudnych sytuacjach (w percepcji dziecka). Umożliwia także poznanie z perspektywy dziecka, jakie kompetencje opiekuńczo-wychowawcze mają rodzice oraz w jaki sposób każde z nich zaspokaja potrzeby dziecka. W sytuacji rozłąki rodziców pomaga odpowiedzieć na pytanie, czy dziecko czuje się bezpiecznie w obecności ojca lub matki, oraz jak by się czuło, gdyby miało zamieszkać z drugim z rodziców. Narzędzie to jest bardzo pomocne w kontakcie dziećmi–uchodźcami z kultur o wysokiej relacyjności, hierarchiczności i kontekstowości, ponieważ umożliwia poruszanie tematów tabu w sposób bezpieczny dla dziecka. Dla dzieci–uchodźców np. z Kaukazu, wielu krajów muzułmańskich, czy z Azji wschodniej, mówienie źle o członkach rodziny jest niedopuszczalne, nawet jeśli te osoby są sprawcami przemocy. Ilość i różnorodność zadań realizowanych przez dziecko w ramach tego badania daje szerokie spojrzenie na system rodzinny, w którym dziecko funkcjonuje lub z którego się wywodzi. Narzędzie sprawdza się w kontakcie z dziećmi od wieku przedszkolnego do nastolatków.

1. A. Lewandowska-Walter, M. Błażek, W. Bruski, *Diagnoza Więzi Rodzinnych Dzieci i Młodzieży*, oprac. Pracownia Testów Psychologicznych i Pedagogicznych

Skale Objawowe Zaburzeń Lękowych (SOZL)²

Zestaw objawowych skal diagnostycznych opracowany został przez Urszulę Sajewicz–Radke, na podstawie DSM–5 Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Narzędzie to składa się ze skal diagnozy poszczególnych postaci lęku, takich jak: agorafobia, fobia specyficzna, lęk separacyjny, lęk społeczny, lęk uogólniony, mutyzm wybiórczy i napady paniki. Arkusze zawierają wykaz symptomów, informacje o wymaganych ramach czasowych oceny, wykaz czynników wykluczających diagnozę oraz informację o liczbie symptomów wymaganych do postawienia rozpoznania. W mojej ocenie narzędzie to jest bardzo przydatne w pracy z dziećmi z doświadczeniem migracji i uchodźstwa. Niezwykle przydatne w tym narzędziu jest to, że symptomy występujące przy poszczególnych zaburzeniach są lub mogą być analizowane z czterech perspektyw: dziecka, rodzica, nauczyciela oraz z obserwacji własnej diagnosty. Użycie go wymaga co prawda znajomości języka, jakim posługuje się dziecko i jego rodzic, ponieważ ważną część informacji pozyskujemy z wywiadu – mimo to w mojej praktyce często udaje mi się z niego skorzystać. Poszczególne kwestionariusze, czyli de facto listy symptomów, są na tyle krótkie, że w przypadku bariery językowej warto skorzystać z tego narzędzia, wspomagając się w kontakcie tłumaczem lub translatorem online. Rozpoznanie objawów zaburzeń lękowych u dziecka jest oczywiście pierwszym krokiem do pracy terapeutycznej i wsparcia dziecka w radzeniu sobie z nimi. Dodatkowo jest też często ważnym elementem psychoedukacji rodzica, który czuje się spokojniej, rozumiejąc lepiej zachowanie swojego dziecka.

2. U. Sajewicz–Radke, *Skale Objawowe Zaburzeń Lękowych SOZL*, oprac. Pracownia Testów Psychologicznych i Pedagogicznych

Skala Depresji Dziecięcej CDI2³

W przypadku zaobserwowania lub zgłoszenia przez rodzica lub nauczyciela objawów depresyjnych u dzieci, warto sięgnąć po CDI2, czyli komplet narzędzi diagnostycznych do wszechstronnej oceny symptomów depresji u dzieci w wieku od 7 do 18 lat, z perspektywy dziecka, rodzica oraz nauczycieli. Wypełnienie kwestionariusza na podstawie własnych obserwacji oraz rozmowy z nauczycielem dziecka nie będzie wymagało od diagnosty znajomości języka, jakim posługuje się dziecko. Będzie ona potrzebna do rozmowy z dzieckiem i rodzicem. Pomocny może okazać się fakt, że komplet kwestionariuszy zawiera dwie wersje do samoopisu: pełną i skróconą. Skrócona wersja zawiera 12 stwierdzeń, związanych z problemami emocjonalnymi oraz trudnościami w codziennym funkcjonowaniu, do których dziecko czy młody człowiek ma się odnieść w badaniu i określić, jak często go one dotyczą. Znajdziemy tam stwierdzenia typu: nigdy nie będzie dobrze, nienawidzę siebie, mojej rodziny byłoby lepiej beze mnie, często nie chce mi się jeść, trudno mi się zmusić do nauki. Trafność i rzetelność testu określona jest dla dzieci w wieku od 7 do 18 lat. W kluczu znajdują się normy w podziale na grupy wiekowe 7–12 lat i 13–18 lat, a także w podziale na chłopców i dziewczynki. Diagnozując depresję u dzieci – uchodźców trzeba pamiętać, że podobne symptomy mogą pojawiać się w związku z przeżywanym szokiem kulturowym lub stresem adaptacyjnym.

3. M. Kovacs, *CDI 2 Zestaw Kwestionariuszy do Diagnozy Depresji u Dzieci i Młodzieży*, oprac. Pracownia Testów Psychologicznych i Pedagogicznych

Esseński Kwestionariusz Traumatyzacji dla dzieci i młodzieży (ETI-KJ)

Esseński Kwestionariusz Traumatyzacji jest narzędziem, które pozwala na diagnozę symptomów traumy u dzieci i nastolatków. Moje wieloletnie doświadczenia pracy z dziećmi – uchodźcami pokazują, że wiele z nich doświadczyło jednego, a częściej – wielu zdarzeń traumatycznych. Dlatego tak istotne jest poddanie diagnozie tego obszaru. W pierwszej części kwestionariusza diagnozowana jest ekspozycja na traumę, z wyszczególnieniem możliwych traumatycznych zdarzeń, takich jak np. przemoc ze strony bliskiej lub nieznanego człowieka, doświadczenie uwięzienia, molestowania seksualnego, przebywania na terenie objętym działaniami wojennymi, doświadczanie zaniedbań i odrzucenia. W drugiej części znajdują się pytania pomagające poznać symptomy towarzyszące dziecku zmagającemu się z trudnymi doświadczeniami, takie jak: zaburzenia snu, trudności w utrzymaniu koncentracji, poczucie odrealnienia, problemy z pamięcią, trudności w regulacji emocji, trudności w regulacji pobudzenia psychofizycznego, a także szereg objawów somatycznych takich jak bóle głowy, nudności, zaburzenia łaknienia i wydalania. Wszystkie te symptomy mogą w znaczący sposób wpływać na obraz kompetencji poznawczych i społecznych dziecka. Diagnoza funkcji poznawczych, bez wcześniejszej diagnozy traumy może być zatem obarczona istotnym błędem. Narzędzie opiera się na rozmowie z dzieckiem lub młodym człowiekiem, dlatego przy używaniu go ważna jest umiejętność poprowadzenia takiej rozmowy w języku zrozumiałym dla niego. Prowadząc z dzieckiem diagnozę traumy trzeba wykazać się

wyjątkową wrażliwością, delikatnością, a także znajomością uwarunkowań kulturowych obowiązujących w kręgu, z którego pochodzi dziecko. Sama często korzystam przy tym z pomocy w postaci wspólnego rysowania mapy ciała, na którym zaznaczam w różnych kolorach symptomy traumy, mówiąc na przykład, że niektóre dzieci w podobnej sytuacji skarżyły się na ból albo zawroty głowy, albo klucie w klatce piersiowej, inne czuły, że ich mięśnie są ciężkie i twarde jak kamień, a jeszcze inne moczyły się w nocy lub w ciągu dnia. Wspólnie z dzieckiem zaznaczamy te symptomy, które pojawiają się u niego, a także te, co do których pojawia się przypuszczenie, że dotyczą dziecka, ale ono nie chce o nich mówić. Taka mapa niesie wiele informacji diagnostycznych, a dla dziecka jest ważną informacją, że to, co wymyka mu się spod kontroli w ciele, jest związane z napięciem czy lękiem po traumatycznych doświadczeniach. Rzecz jasna jest to punkt wyjścia do działań terapeutycznych, psychoedukacyjnych i wsparciowych zarówno dla dziecka, jak i jego opiekuna.

Diagnoza DTD – posttraumatycznych zaburzeń rozwojowych

Diagnoza posttraumatycznych zaburzeń rozwojowych jest kolejnym i bardzo ważnym krokiem naprzód w obszarze diagnostyki dziecięcej traumy.

Jednym z narzędzi pomocnych w rozpoznaniu skutków i objawów Developmet Trauma Disorders (posttraumatycznych zaburzeń rozwojowych) jest akruś DTD Ewaluacja PL, autorstwa Leszka Drozdowskiego, koordynatora Narodowej Sieci Leczenia Zaburzeń Regulacji Emocji i Stresu Traumatycznego Dzieci i Młodzieży⁴, która powołana została do życia w 2010 roku przez kadrę Centrum Zdrowia Dziecka. Arkuś ten zawiera szereg pytań pozwalających wnikliwie przeanalizować objawy występujące u dzieci po doświadczeniu traumy, w podziale na cztery kluczowe obszary funkcjonowania. W pierwszej kolejności oznacza się, czy i jakiego rodzaju traumy doświadczyło dziecko. Następnie pytania prowadzą od objawów deregulacji na poziomie fizjologicznym, poprzez obszar zaburzeń uwagi, koncentracji i zachowania, po obszar samooceny i relacji.

Pomocne w kontakcie z dzieckiem z DTD mogą być także bardzo precyzyjne Kryteria Rozpoznania Posttraumatycznych Zaburzeń Rozwojowych, przyjęte w 2009 roku przez National

4. <http://www.nslt.pl/>

Child Traumatic Stress Network pod kierownictwem Bassela A. van der Kolka⁵, eksperta w dziedzinie traumy. Kryteria te stanowią opis najważniejszych klinicznie symptomów występujących u dzieci i nastolatków po doświadczeniu traumy złożonej. Badanie rozpoczyna się od części związanej z ekspozycją na traumę z uwzględnieniem bezpośrednich doświadczeń dziecka, byciem świadkiem powtarzających się epizodów przemocy lub doświadczenie znaczących zaniedbań ze strony opiekunów. Następnie diagnozowane są zaburzenia w zakresie regulacji fizjologicznej i emocjonalnej z takimi symptomami jak np. nasilone napady wściekłości albo zneruchomienia, zaburzenia snu, łaknienia, wydalania, nieadekwatne reakcje na neutralne bodźce dźwiękowe, dotykowe, czy ograniczona świadomość lub dysocjacja od wrażeń, emocji i stanów somatycznych. W kolejnej części przyglądamy się dysregulacjom uwagi i specyficznym zachowaniom, takim jak: zaabsorbowanie niebezpieczeństwem lub brak zdolności do dostrzegania zagrożeń, niezdolność do samoochrony, czynności samouspokajające lub autostymulujące, nawykowe lub reaktywne samookaleczanie się, niezdolność do utrzymania zachowań celowych. W obszarze dysregulacji jaźni i relacji badane są takie symptomy jak: troska o bezpieczeństwo opiekuna, nieufność, bunt, brak wzajemności w relacjach z dorosłymi i rówieśnikami, reaktywna agresja, nieadekwatne próby wejścia w kontakty intymne, brak regulacji empatii wobec innych.

5. B. van der Kolk, *Developmental Trauma Disorder. A new, rational diagnosis for children with complex trauma histories*, 2005 – https://traumaticstressinstitute.org/wp-content/files_mf/1276541701VanderKolkDvptTraumaDis.pdf

Należy zaznaczyć, że oba wskazane powyżej narzędzia nie doczekały się jeszcze oficjalnej rejestracji. Prace nad tym trwają równolegle z wysiłkami związanymi z uwzględnieniem DTD w kolejnym wydaniu ICD⁶ oraz DSM⁷. Można je zatem traktować poglądowo i podążając za wskazówkami proponowanymi przez autorów, uzyskać szerszy obraz funkcjonowania dziecka, które doświadczyło traumy.

Spektrum symptomów w obrazie posttraumatycznych zaburzeń rozwojowych jest niezwykle szerokie. Część z nich możemy łatwo zaobserwować u diagnozowanego dziecka, o część warto dopytać rodzica i oczywiście samo dziecko.

W trakcie diagnozy dziecka, ważne jest dla mnie, żeby miało ono poczucie, że nie tylko ja jako diagnosta zbieram na jego temat informacje, ale także ono dowiaduje się o sobie czegoś ważnego, przydatnego, co pomoże mu lepiej radzić sobie z trudnymi doświadczeniami, a może nawet pozwoli na rozwinięcie nowych kompetencji i wzrost potraumatyczny. Dlatego diagnozując objawy somatyczne, czy emocjonalne wspominam o tym, że możemy się razem uczyć ich regulacji, tak samo jak wydłużania oddechu, czy kontrolowania ruchu piłeczki na paletce pingpongowej.

Diagnostując trudności poznawcze rysuję mózg i zaznaczam jak stres związany z traumą blokuje pamięć, myślenie logiczne czy strategiczne oraz mówię, jak możemy razem te blokady osłabiać i wzmacniać mózg, który jest organem niezwykle plastycznym, w „przełączaniu się” na tryb rozwoju.

6. International Classification of Diseases

7. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder

Bibliografia:

- Barzykowski, K., Grzymała–Moszczyńska, H., Dzida, D., Grzymała–Moszczyńska, J. Kosno, M., *Wybrane zagadnienia diagnozy psychologicznej w kontekście wielokulturowości oraz wielojęzyczności dzieci i młodzieży*, wyd. ORE, Warszawa 2013 – <http://www.bc.ore.edu.pl/dlibra/docmetadata?id=583&from=publication>
- Basel Van Der Kolk, *Strach ucieleśniony, Mózg, umysł i ciało w terapii traumy*, wyd. Czarna Owca, Warszawa 2018
- Chrestman K.R, Gilboa–Schechtman, Foa Edna B, *Odzyskaj życie po traumie. Przedłużona ekspozycja w terapii PTSD nastolatków*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2014
- Cohen J.A., Mannarino A.P., Deblinger E., *Terapia traumy i traumatycznej żałoby u dzieci i młodzieży*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011
- Soderstorm B (red.), *Wybrane narzędzia i techniki terapii dzieci wykorzystywanych seksualnie*, The Vasa Tool Box, Fundacja Dzieci Niczyje 2010



fot. Tomek Kaczor

5.

O autorkach i autorach

Agnieszka Carrasko-Żylicz – psycholożka, psychoterapeutka z doświadczeniem pracy z dziećmi i rodzinami z różnych kręgów kulturowych. Prowadzi konsultacje w Fundacji Polskie Forum Migracyjne.

Leszek Drozdowski – psycholog i koordynator Narodowej Sieci Sieć Leczenia Zaburzeń Regulacji Emocji i Stresu Traumatycznego Dzieci i Młodzieży. Twórca strategii społecznych, programów oraz standardów. Autor publikacji z zakresu pracy z dzieckiem i rodziną, metod pracy systemowej–interdyscyplinarnej, narzędzi, metod diagnozy i programów terapii zaburzeń regulacji emocji i posttraumatycznych dzieci i młodzieży.

Katarzyna Janczewska-Arčon – psycholożka i psychoterapeutka ericksonowska, absolwentka kulturoznawstwa (specjalność iranistyka) pracująca z migrantami, uchodźcami, szczególnie z doświadczeniem przemocy. Konsultuje w Fundacji Polskie Forum Migracyjne.

Kamil Kamiński – psycholog, pracuje konsultacyjnie i terapeutycznie z dziećmi z doświadczeniem przymusowej migracji, opracowuje opinie psychologiczne na temat ich funkcjonowania. Współpracuje m. in. z inicjatywą Chlebem i Solą, Fundacją Polskie Forum Migracyjne.

Anna Kawalska – psycholożka międzykulturowa, arteterapeutka, psychotraumatolożka. Pracuje z dziećmi i dorosłymi z doświadczeniem migracji i uchodźstwa, współpracuje z Fundacją Ocalenie oraz Fundacją Dajemy Dzieciom Siłę.

Marta Piegat-Kaczmarczyk – psycholożka i terapeutka TSR pracująca z dziećmi z doświadczeniem migracji i uchodźstwa. Prowadzi grupy wsparcia, warsztaty i terapię dzieci po doświadczeniach traumatycznych. Jest członkinią zarządu Fundacji Polskie Forum Migracyjne.

Zuzanna Rejmer – psycholożka międzykulturowa, psychotraumatolożka, pracuje z dorosłymi i z dziećmi z doświadczeniem migracji i uchodźstwa, prowadzi konsultacje i warsztaty dla rodzin wielojęzycznych. Jest superwizorem zespołu szkolnych asystentów kulturowych. Jest także członkinią zarządu w Fundacji Polskie Forum Migracyjne.

Beata Staniszevska – psycholożka i pedagog specjalny. Wspiera dzieci z doświadczeniem migracyjnym, zajmuje się diagnozą i terapią neuropsychologiczną. Praktyk metody Kid's Skills i Dialogu Motywującego. Członkini zespołu Fundacji Polskie Forum Migracyjne.

Jolanta Zmarzlik – absolwentka Instytutu Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji Uniwersytetu Warszawskiego. Zajmuje się diagnozą i terapią dzieci, młodzieży i dorosłych oraz wydaje opinie psychologiczno-sądowe. Prowadzi szkolenia z zakresu problematyki dziecka krzywdzonego.



**Fundacja Polskie
Forum Migracyjne**

www.forummigracyjne.org

Wsparcie psychologiczne dla dzieci i dorosłych

Fundacja Polskie Forum Migracyjne oferuje wsparcie psychologiczne:

- bezpłatna pomoc psychologiczna dla dzieci i dorosłych,
- 6 dni w tygodniu,
- centrum Warszawy lub online,
- mówimy po rosyjsku, ukraińsku, białorusku, angielsku, francusku, hiszpańsku.

Obowiązuje rejestracja:

+48 692 913 993, zapisy@forummigracyjne.org

**Telefon zaufania z pomocą psychologiczną
w języku rosyjskim i ukraińskim:**

+48 22 255 22 02

Działamy 7 dni w tygodniu od 12.00 do 20.00.

Więcej informacji:

www.slowopomoc.pl

Wsparcie informacyjne i prawne

Fundacja Polskie Forum Migracyjne od 2007 roku wspiera migrantów i migrantki w rozpoczynaniu nowego życia w Polsce.

Zapraszamy na spotkania z:

- prawnikami,
- specjalistami ds. legalizacji pobytu,
- specjalistami ds. zakładania działalności gospodarczej.

Pracujemy stacjonarnie i online.

Obowiązują wcześniejsze zapisy:

+48 692 913 993, zapisy@forummigracyjne.org

Infolinia – legalizacja pobytu, ogólne poradnictwo:

+48 22 110 00 85

