

## Zaburzenia psychiczne u dzieci adoptowanych

### Psychiatric disorders in adopted children

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Correspondence to: Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Instytut Psychiatrii i Neurologii, ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa, e-mail: mira2005@op.pl

Source of financing: Department own sources

#### Streszczenie

Adopcja jest ważnym społecznie procesem. W ostatnich latach częstość adopcji w Polsce spada, nadal jednak znajdują się osoby gotowe podjąć to trudne, ale i zaszczytne wyzwanie. Głównym i nadrzędnym celem adopcji jest dobro dziecka. Wychowanie dziecka w rodzinie adopcyjnej jest trudniejsze niż w biologicznej, często wymaga od rodziców zwiększonego wysiłku i umiejętności radzenia sobie z występującymi zaburzeniami oraz własnymi problemami. Celem naszej pracy było przybliżenie tematyki zaburzeń psychicznych u dzieci adoptowanych. Dostępne piśmiennictwo przedstawia to zagadnienie jako problematykę obejmującą wiele kategorii z 10. rewizji ICD. Często obserwuje się wczesne i późne skutki „choroby sieroczej” pod postacią opóźnienia fizycznego, psychicznego i emocjonalnego, a także depresji, zaburzeń zachowania oraz nieprawidłowo kształtującej się osobowości. Dzieci z chorobą alkoholową matki w wywiadzie są obciążone płodowym zespołem alkoholowym i jego późniejszymi powikłaniami. Z kolei adolescenty z rodzin adopcyjnych prezentują zwiększoną zapadalność na zaburzenia afektywne oraz skłonność do uzależnień od substancji psychoaktywnych. Wykazano także większą liczbę podejmowanych prób „S”, a częstsze występowanie zaburzeń odżywiania powiązано z wcześniejszym doświadczaniem różnego rodzaju przemocy. Należy podkreślić, że dzieci adoptowane w porównaniu z dziećmi z rodzin biologicznych stanowią większy odsetek populacji pacjentów zgłaszających się na konsultacje i hospitalizacje psychiatryczne, warto więc zwrócić szczególną uwagę na dotyczące ich zaburzenia.

**Słowa kluczowe:** adopcja, rodzina adopcyjna, etiopatogeneza zaburzeń psychicznych, zaburzenia psychiczne, częstość hospitalizacji

#### Summary

Adoption process is viewed as integral and very important part in today's social fabric. In recent years number of adoptions in Poland is in decline. However, there are still many families, deciding to take the challenge of this very demanding, although rewarding task, where welfare of a child is a principle goal. Child raising by an adoptive family is considerably more complex, than by biological parents, and requires additional effort to overcome emotional difficulties, sometimes on both sides. Main purpose of our work is providing exposure to the mental disorders in adopted children. Current literature on the subject depicts many of the aspects of this problem as multiple categories in ICD-10. Early or late symptoms of orphan's syndrome can take a form of physical, mental and emotional development deficiency, and also depression, behaviour and personality disorders. Children born with FAS have long-term effects tend to intensify as children move into adulthood. Adolescent from adopted families exhibit susceptibility to affective disorders and inclination to substance dependence (SUD), in greater frequency they attempt to commit suicide. Eating disorders can be attributed to the exposure to various forms of violence. It needs to be emphasized that many cases of children requiring psychiatric care, including hospitalisation, come from adopted families.

**Key words:** adoption, adoptive family, etiopathogenesis of mental disorders, mental disorders, frequency of hospitalisations

#### ZNACZENIE ADOPCJI

Współcześnie w polskim prawie adopcja występuje pod nazwą „przysposobienie” i rozumiana jest jako prawne uznanie obcego biologicznie dziecka za własne. Polega

na przyjęciu dziecka do rodziny, dzięki czemu uzyskuje ono wszystkie przywileje członka rodziny, natomiast rodzice zostają wyposażeni we władzę rodzicielską. Powstaje przy tym związek pokrewieństwa taki jak w rodzinie biologicznej, z odpowiednimi tego skutkami prawnymi. Ma ona służyć dobru dziecka, dać mu rodzinę, której

z różnych przyczyn nie ma i do której tęskni. Liczne badania nad rozwojem dzieci wychowywanych w różnych środowiskach jednoznacznie wskazują, iż rodzina jest jedynym środowiskiem mogącym zapewnić dziecku prawidłowy rozwój<sup>(1)</sup>. Tym samym przysposobienie można uznać za najlepszą formę zapobiegania skutkom pozbawienia dziecka opieki rodzicielskiej. Adopcja niesie ze sobą liczne korzyści dla obu stron biorących w niej udział. Dla dziecka jest to przywrócenie poczucia bezpieczeństwa, wynikającego z faktu posiadania rodziny i zapewnienia mu naturalnych, czyli rodzinnych warunków rozwoju. Stwarza też możliwość wyrównania opóźnienia umysłowego, fizycznego i społecznego, daje szansę na prawidłowy rozwój, ukształtowanie właściwego obrazu „siebie i świata”, przyjęcie prawidłowych wartości moralnych i ogólnospołecznych. Dla rodziców jest to spełnienie potrzeby rodzicielstwa, stworzenie pełnej rodziny, a przez to umocnienie małżeństwa i odnalezienie celu własnego życia, likwidacja poczucia samotności, posiadanie kogoś bliskiego wnoszącego nowe treści w życie osobiste, kogoś, komu będzie można przekazać dorobek własnego życia<sup>(2,3)</sup>. W procesie adopcji zderzają się ze sobą najgłębsze dramaty ludzkiego życia. Tragedia dziecka niechcianego i pozbawionego własnego domu krzyżuje się z dramatem bezdzietności.

Przysposobienie jest również procesem przekształcania się małżeństwa w system rodzinny, a to, jak każda zmiana, jest sytuacją kryzysową. Przyszła rodzina musi się więc zmierzyć z licznymi trudnościami. Dziecko przeżywa poczucie zagrożenia będące konsekwencją nowej sytuacji. Jeśli pamięta swoją rodzinę biologiczną, pojawia się lęk przed ponownym odrzuceniem. U adolescentów pojawia się pytanie o pochodzenie i „dlaczego zostali porzuceni”, często też obwiniają się oni za tę sytuację. Również niemożność sprostania nadmiernym wymaganiom i oczekiwaniom nowej rodziny piętrzy kolejne trudności. Rodzice z kolei muszą pogodzić się z traumą bezpłodności i związanym z nią poczuciem winy. Towarzyszy im silna obawa, że dziecko mogło odziedziczyć po swoich biologicznych rodzicach jakieś negatywne cechy, oraz mylne wyobrażenia o problemach dzieci adoptowanych<sup>(1,2,4,5)</sup>. Opiekunowie często prezentują postawę bezradności, nisko oceniają własne możliwości i umiejętności wychowawcze. Mają duże poczucie winy, jeśli adoptowane dziecko ujawni jakieś problemy<sup>(2,6)</sup>. Pomimo wcześniejszych deklaracji o gotowości ujawnienia faktu przysposobienia często pojawia się chęć zatajenia adopcji przed dzieckiem<sup>(1)</sup>.

Według danych z 2004 roku w Polsce problem adopcji dotyczy średnio 2500 dzieci rocznie (obecnie liczba ta ma tendencję spadkową). Wśród dzieci adoptowanych przeważają dzieci do 1. roku życia – 42,5%, a następnie od roku do 3 lat – 26%, dzieci powyżej 7. roku życia jest jedynie 7,5%. Warto zauważyć, że rodziny z zagranicy częściej niż polskie adoptują starsze dzieci, w tym dzieci powyżej 7. roku życia stanowią aż 25,2%<sup>(1)</sup>. Adopcje międzynarodowe w 2003 roku dotyczyły 40 000 dzieci na świecie; w stosunku do końca lat 80. odnotowano 100% wzrost ich liczby<sup>(7)</sup>.

## ETIOLOGIA I PATOGENEZA ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH W ADOPCJI

W odniesieniu do tak skomplikowanej sytuacji rodziny adopcyjnej należy zadać pytanie, z jakimi zaburzeniami psychicznymi

zmagają się dzieci adoptowane. Czy ich częstość odbiega znacznie od populacji dzieci nieadoptowanych? Dane literaturowe rozróżniają zaburzenia psychiczne u dzieci adoptowanych w zależności od wieku, w jakim nastąpiło przysposobienie rodzinne, płci dziecka, środowiska pochodzenia, obciążeń biologicznych i obecnej sytuacji rodzinnej. Kryteria te mają niewątpliwie związek z etiologią i patogenezą zaburzeń psychicznych. Nowe koncepcje etiopatogenetyczne powstanie zaburzeń psychicznych rozpatrują w kontekście predyspozycji biologicznych, na które składają się czynniki genetyczne, działanie patogennych czynników fizycznych i biologicznych oraz predyspozycji psychospołecznych, takich jak zaburzenie więzi, wczesna deprivacja emocjonalna i stres psychiczny.

Na rozwój wiedzy dotyczącej psychospołecznych czynników w etiologii zaburzeń psychicznych niewątpliwie wywarła istotny wpływ teoria przywiązania, której twórcą był John Bowlby. Zakładał on, że przywiązanie do matki jest pierwotną potrzebą i zachowaniem wrodzonym. Jako okres krytyczny dla kształtowania się więzi podawał wiek między 6. miesiącem a 3. rokiem życia. Dzieci, które doświadczyły w tym okresie deprivacji, mają w późniejszym okresie życia trudności w nawiązywaniu trwałej więzi uczuciowej, wykazują zachowania aspołeczne, czasem mają niższe możliwości intelektualne. Brak wytworzonej reakcji przywiązania skutkuje rozwinięciem zaburzeń osobowości. Początkowo twierdził on, że skutki wczesnych doświadczeń deprivacji są stałe i nieodwracalne<sup>(8)</sup>. Dalsze badania nad teorią więzi prowadzone zarówno przez jej twórcę, jak i innych badaczy zweryfikowały postawione przez Bowlby'ego początkowe założenia. Zastanawiano się, czy wczesnodziecięce czynniki psychospołeczne determinują w sposób ostateczny rozwój, a jeśli tak, to jak wytłumaczyć liczne przypadki pomyślnego rozwoju psychicznego u dzieci adoptowanych.

Sroufe i wsp.<sup>(9)</sup> sformułowali cztery założenia na temat związku teorii przywiązania z rozwojem psychopatologii:

1. W każdym wieku aktualna jakość opieki nad dzieckiem będzie modyfikować wczesną historię przywiązania.
2. Szersze aspekty kontekstu, w którym żyje dziecko, w tym także relacje i stres pozarodzinny, charakterystyczne dla danego okresu rozwojowego, mają również właściwości modyfikowania rodzaju przywiązania.
3. Kumulacja niekorzystnych czynników ma większe znaczenie niż pojedynczy niekorzystny okres funkcjonowania, a ryzyko psychopatologii rośnie wraz z długością oddziaływania tych czynników.
4. Zmianę można przewidywać w aspekcie możliwości modyfikowania stopnia stresu i/lub wsparcia.

Powyższe tezy autorów znalazły potwierdzenie w ich własnych prospektywnych badaniach nad rozwojem dzieci w zależności od pierwotnego rodzaju przywiązania, a także w badaniach innych autorów. Okazało się, że istnieją ludzie, którzy mimo niekorzystnych doświadczeń życiowych mają zdolność do autonomicznej refleksji nad afektywnymi przeżyciami, nazwano ich „bezpiecznymi przez wyuczenie”<sup>(10)</sup>, a zmiany w adaptacji mogą wystąpić nawet bardzo późno, już w okresie dorosłości. To stwierdzenie jest zgodne również z wynikami badań Ruttera<sup>(11)</sup>. Równoległe badania Tizard<sup>(12,13)</sup> i Klominek<sup>(14)</sup>

pokazały, że większość dzieci będących do 2. roku życia pod opieką instytucjonalną, a następnie przeniesionych w warunki rodzinne wytworzyła prawidłowe związki uczuciowe z członkami rodzin oraz szybko nadrobiła opóźnienia w rozwoju umysłowym. Przeprowadzone w ostatnich latach badania Ruttera nad dziećmi adoptowanymi z Rumunii potwierdzają te optymistyczne spostrzeżenia. Pokazały one, że dzieci adoptowane bardzo wcześnie i dość późno najlepiej radzą sobie z przystosowaniem po adopcji. Według badacza osoby poniżej 6. miesiąca życia są chronione przez brak świadomości, a powyżej 4. roku życia – przez świadomość, rozwój językowy, pamięciowy i istniejące więzi. Nie oznacza to oczywiście, że nie należy adoptować dzieci pomiędzy 6. miesiącem a 4. rokiem życia, Rutter podkreśla, że czynnikiem decydującym o przystosowaniu jest jakość opieki przed i po adopcji. Większość badanych dzieci nadrobiła braki po adopcji. Z kolei dzieci, którym to się nie udało, były najczęściej niepełnosprawne od urodzenia lub obciążone genetycznie<sup>(15)</sup>.

Można powiedzieć, że przywiązanie stanowi ramę, bazę dla procesu rozwoju, która zmienia się pod wpływem późniejszych doświadczeń. I choć przyjmuje się, że najwcześniejsze doświadczenia dziecka często odgrywają podstawową rolę w psychopatologii, nie można zapomnieć o złożoności czynników wpływających na rozwój dziecka, genetycznych, środowiskowych, a także ich interakcji w czasie, w zależności od fazy rozwoju dziecka, jak również jego kolejnych doświadczeń<sup>(16)</sup>. Słuszne wydaje się więc twierdzenie Sroufa, że późniejsze doświadczenia są równie ważne, a różne okoliczności związane ze zmieniającym się środowiskiem mogą zmieniać rodzaj adaptacji dziecka<sup>(17)</sup>. Pamiętać należy również tezy, które wysunął Bowlby na podstawie swych dalszych badań nad teorią przywiązania – twierdził on, że im dłużej oddziałują na dziecko niekorzystne czynniki środowiskowe, tym zmiana jest trudniejsza, choć nie jest wykluczona<sup>(18)</sup>.

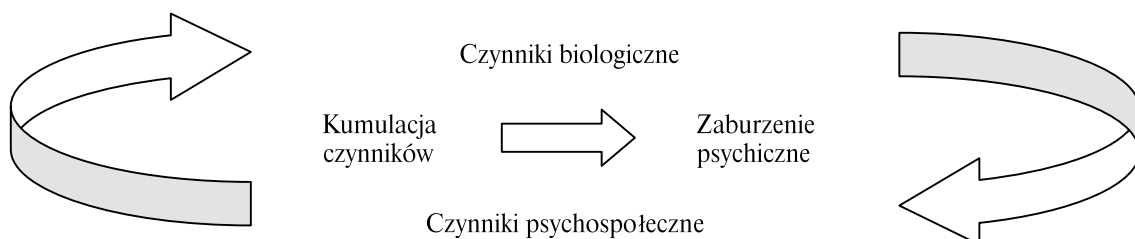
Zgodnie więc z nowymi koncepcjami etiopatogenetycznymi nie istnieje jeden czynnik odpowiedzialny za powstanie zaburzeń psychicznych. Dopiero interakcja czynników biologicznych i psychospołecznych, a następnie ich kumulacja mogą wywołać zaburzenie psychiczne (rys. 1).

### WYZWANIA ROZWOJOWE I TOWARZYSZĄCE IM TRUDNOŚCI U DZIECI ADOPTOWANYCH

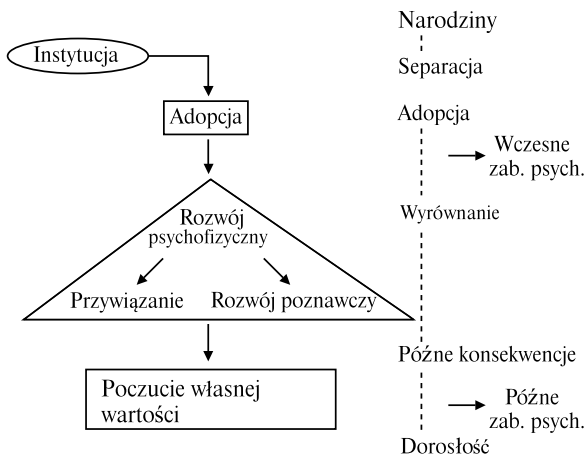
Analizując kolejne etapy w życiu dziecka adoptowanego, można zauważyć dwa krytyczne momenty zwiększonego ryzyka wystąpienia ewentualnych zaburzeń psychicznych. Wczesne

zaburzenia psychiczne mają tendencję do ujawniania się wkrótce po dokonaniu przysposobienia i są bezpośrednio związane z separacją od matki biologicznej oraz z przebywaniem w instytucji wychowawczo-opiekuńczej. Przed dzieckiem zaniebany, często z bagażem traumatycznych przeżyć, z nieprawidłowym wzorcem przywiązania i z licznymi opóźnieniami rozwojowymi otwiera się szansa na życie w pełnej rodzinie i możliwość wyrównania istniejących opóźnień. To niewątpliwe wyzwanie rozwojowe jest sytuacją kryzysową, która może być czynnikiem wyzwającym dla wystąpienia zaburzeń psychicznych. Drugi krytyczny moment to czas, gdy dziecko staje się nastolatkiem z nurtującymi go problemami egzystencjalnymi, którym nieodłącznie towarzyszą pytania o pochodzenie i o cel życia, mające budować poczucie własnej wartości<sup>(1,5)</sup>. Na rys. 2 przedstawiono najbardziej istotne wyzwania i kierunki rozwojowe dla dziecka adoptowanego, uwzględniając przy tym momenty krytyczne sprzyjające wystąpieniu zaburzeń psychicznych.

Badania przeprowadzone przez van Ijzendoorn i Juffer<sup>(7)</sup> wykazały liniową zależność między czasem spędzonym w placówce opiekuńczo-wychowawczej a opóźnionym rozwojem fizycznym. Adoptowane dzieci znacznie przewyższały swoimi osiągnięciami rozwojowymi (takimi jak rozwój fizyczny i poznawczy, osiągnięcia szkolne, poczucie własnej wartości, prawidłowe wzorce zachowania i przywiązania) rówieśników, którzy wychowywali się w takich warunkach jak one, lecz nie zostali adoptowani. Badacze zasugerowali również, że dzieci adoptowane powyżej 12. miesiąca życia prezentują lękowy typ przywiązania. Tłumaczą to tym, że dla rocznego dziecka najważniejszym punktem rozwojowym jest wiara w „ochraniającego dorosłego”, a dzieci z późnych adopcji nie miały szansy doświadczyć bezpiecznej relacji z dorosłym. Mogą one przenosić te wczesne negatywne doświadczenia na tworzenie nieprawidłowej relacji i rodzaju przywiązania z rodzicami adopcyjnymi. Vorria i wsp.<sup>(19)</sup> przeprowadzili badania porównujące rozwój czteroletnich dzieci adoptowanych, które spędziły pierwsze dwa lata życia w placówce opiekuńczej, i ich rówieśników wychowujących się w pełnych rodzinach pochodzenia. Nie uwidoczniło różnicy w problemach z zachowaniem w środowisku domowym bądź w relacjach z nauczycielami w przedszkolu, nie odnotowano także różnicy w rozwoju fizycznym, jednak dzieci przysposobione po dwóch latach od adopcji wciąż miały słabszy rozwój poznawczy, prezentowały lękowy typ przywiązania i miały trudności z rozpoznawaniem emocji w przeciwieństwie do swoich rówieśników z rodzin biologicznych.



Rys. 1. Nowe koncepcje etiopatogenezy zaburzeń psychicznych



Rys. 2. Wyrównanie deficytów rozwojowych w adopcji (za: van Ijzendoorn i Juffer<sup>(7)</sup>, według własnej modyfikacji)

## ZABURZENIA PSYCHICZNE

Dostępne dane statystyczne ukazują, że większość dzieci oddawanych do adopcji to ofiary sieroctwa społecznego, które jest ściśle związane z nieprawidłowo funkcjonującą rodziną pochodzenia. Niestety, zanim takie dzieci zostaną przysposobione, często trafiają do domów dziecka, gdzie czekają na uregulowanie swojej sytuacji prawnej. Do określenia całej gamy zaburzeń rozwoju sfery emocjonalno-społecznej wywołanej pobytem w placówce opiekuńczo-wychowawczej używa się terminu „choroba sieroca”<sup>(1,6)</sup>, nie jest to co prawda rozpoznanie umieszczone w 10. rewizji ICD, jednak zdaje się najlepiej oddawać specyfikę omawianego tu zagadnienia. Zaburzenie to przybiera różną i zmienną postać, jest uzależnione od wieku dziecka, czasu jego pobytu w placówce opiekuńczej, a także od momentu, w którym nastąpiła adopcja. W pierwszym okresie po adopcji u niemowląt obserwuje się brak reaktywności emocjonalnej na bodźce zewnętrzne, przejawia się to unikaniem kontaktu wzrokowego i dotykowego. Obserwuje się reakcje nieadekwatne do bodźców, takie jak nasilony krzyk, płacz, lęki. Nieco starsze dzieci mogą prezentować nadmierną ambiwalencję emocjonalną, czasem nie zachowują dystansu wobec innych osób, są nadmiernie przyjacielskie, szybko zmieniają obiekt swego zainteresowania. Często prezentują zachowania autoagresywne (wrywanie włosów, uderzanie głową o ścianę czy gryzienie dłoni), są bardziej drażliwe i łatwiej reagują agresją. Po dłuższym okresie od przysposobienia znikają objawy polegające na unikaniu kontaktu, w ich miejsce często jednak pojawiają się lęk przed rozstaniem z rodzicami, nadmierne uzależnienie od nich, czasem zachowania regresywne. Jeśli dziecko zostało adoptowane w starszym wieku, może pamiętać pobyt w domu dziecka, a także porzucenie przez rodziców biologicznych. Te zdarzenia mogą wyzwalać stały lęk przed ponownym odrzuceniem, co prowadzi do zachowań negatywnych i prowokacyjnych sprawdzających uczucia rodziców<sup>(1,5,6)</sup>. Dzieci przebywające we wczesnym dzieciństwie w placówce opiekuńczo-wychowawczej prezentują wiele

zaburzeń. Nawet wiele lat po adopcji można zaobserwować nadpobudliwość psychoruchową<sup>(14)</sup>. Zaburzeniom napędu towarzyszą często stereotypy ruchowe pod postacią kiwania się, przeczących ruchów głowy, kręcenia palcami, pomimo opuszczenia placówki obserwuje się ich nawrót w sytuacjach stresowych dla dziecka<sup>(1)</sup>. Pobyt w domu dziecka skutkuje nie tylko deprivacją potrzeb emocjonalnych, ale także deprivacją sensoryczną, co prowadzi do opóźnienia lub zaburzenia funkcji poznawczych dziecka<sup>(1)</sup>, przy właściwej stymulacji te opóźnienia są szybko nadrabiane w środowisku rodzinnym<sup>(14)</sup>. Obserwuje się również opóźniony rozwój społeczny, skutkujący zachowaniami antyspołecznymi, takimi jak agresja, skłonność do kłamstwa, trudności z rozróżnieniem wspólnej i cudzej własności, co jest często traktowane jak kradzież<sup>(1,6)</sup>. Odnotowano również występowanie zaburzeń zachowania pod postacią zaburzenia snu, moczenia nocnego, objadania się lub odmawiania przyjmowania posiłków, onanizowania się i różnego rodzaju lęków. Takie zachowania mogą wynikać z pobytu w placówce opiekuńczo-wychowawczej, ale także być reakcją na nową sytuację, jaką jest adopcja. Podłożem jest tu osłabienie poczucia bezpieczeństwa i destabilizacja dotychczasowego życia<sup>(1,5)</sup>. Wymieniając zaburzenia dotyczące dzieci przebywających we wczesnym dzieciństwie w domu dziecka, nie można nie wspomnieć o depresji anaklitycznej opisanej przez Spitz (1946)<sup>(20)</sup>, która w skrajnych przypadkach może doprowadzić do wyniszczenia organizmu, a nawet do śmierci. Według badacza 3 miesiące trwania depresji to okres krytyczny, brak powrotu matki i długie pozostawanie w domu dziecka powodowały, że żadna interwencja nie była efektywna.

Spitz rozróżnił III fazy depresji:

I. faza protestu:

- utrata łaknienia,
- niespokojny sen,
- nadpobudliwość psychoruchowa;

II. faza rozpacz:

- zachowania autystyczne,
- ciągły płacz,
- niepokój, lęk,
- zaburzenia snu,
- poszukiwanie matki, odtrącanie opiekunki,
- odmawianie jedzenia, wyniszczenie organizmu,
- zejścia śmiertelne;

III. faza zubożenia:

- spokój, pozorne zdrowie,
- utrwalone unikanie kontaktu emocjonalnego.

Sieroctwo społeczne jest konsekwencją niewywiązywania się z obowiązków rodzicielskich, co wiąże się z takimi zjawiskami, jak bieda, choroby psychiczne lub fizyczne rodziców, a także alkoholizm, przestępczość czy prostytutka. Polskie dane statystyczne pokazują, że kobiety porzucające dzieci w szpitalach w 35% są z rodzin patologicznych, a w 15% są obciążone alkoholizmem. Alkoholizm stwierdzono w rodzinach biologicznych 89% wychowanków domów dziecka<sup>(6)</sup>. Płodowy zespół alkoholowy (FAS) stanowi więc duży problem wśród dzieci przysposobionych. Badania retrospektywne wykazały, że występuje on u kobiet spożywających więcej niż 4-5 kieliszków alkoholu

dziennie. Odnotowano również, że 10-20% przypadków łagodnego i umiarkowanego upośledzenia umysłowego występuje u dzieci matek pijących sporadycznie alkohol w ciąży. Dowiedziono, że w przypadku wystąpienia FAS z czasem możliwa jest poprawa w zakresie funkcji motorycznych, intelektualnych oraz zdolności koncentracji i uwagi, jednak nadpobudliwość i zaburzenia emocjonalne pozostają stałą cechą<sup>(21)</sup>. Yates i wsp.<sup>(22)</sup> badali częstość występowania uzależnienia od alkoholu i narkotyków u adoptowanych adolescentów. Wykazano znaczący wpływ czynników genetycznych na częstość występowania uzależnień, a także na ciężkość przebiegu i dalsze rokowanie. U bliźniąt płci żeńskiej zaobserwowano najbardziej istotny wpływ czynników genetycznych na ciężkość uzależnienia od alkoholu, natomiast wpływ czynników genetycznych na uzależnienie od narkotyków był jednakowy w badanej grupie bliźniąt obu płci.

Wielu badaczy zajmuje się problemem zaburzeń psychicznych u dzieci adoptowanych. Badania przeprowadzone w szpitalu Maudsley w Wielkiej Brytanii wykazały, że 3,8% pacjentów z anoreksją i bulimią było adoptowanych, co przewyższało częstość adopcji w populacji (1,5%). U adoptowanych pacjentek z zaburzeniami odżywiania stwierdzono więcej współistniejących problemów, takich jak zaburzenia zachowania, zachowania samobójcze, problemy z nadużywaniem substancji psychoaktywnych, zachowania anty społeczne, zaburzenia emocji oraz niższe osiągnięcia szkolne niż w grupie kontrolnej. W grupie pacjentów adoptowanych odnotowano również częstsze występowanie otyłości<sup>(23)</sup>. Okazało się również, że zachowania samobójcze są częstsze u adolescentów mieszkających z rodzicami adopcyjnymi (7,6%) niż z rodzicami biologicznymi (3,1%). Na takie incydenty większy wpływ ma impulsywność niż depresja lub agresja<sup>(24)</sup>. Juffer i wsp.<sup>(25)</sup> stwierdzili z kolei, że istnieje wyższe ryzyko zachowań samobójczych u dzieci objętych adopcją międzynarodową niż krajową. Zaburzenia lękowe i nastroju występują ponad trzy i pół razy częściej u adoptowanych chłopców niż u nieadoptowanych, brak jest natomiast znaczącej różnicy w przypadku dziewcząt<sup>(26)</sup>. Badania przeprowadzone przez Beine i wsp.<sup>(27)</sup> wskazują na częstsze występowanie zaburzeń zachowania w grupie adoptowanych nastolatków między 12. a 14. rokiem życia, a także częstsze występowanie zaburzeń psychotycznych wśród chłopców z adopcji międzynarodowych.

Wiele dzieci trafiających do adopcji to „dzieci krzywdzone”. Z dostępnych danych statystycznych wynika, że 84% dzieci z polskich rodzin zastępczych i 52% dzieci z polskich domów dziecka doznało ze strony swoich rodziców biologicznych przemocy i było wykorzystanych seksualnie<sup>(6)</sup>. Nie ma dokładnych danych na temat dzieci w rodzinach adopcyjnych, jednak na podstawie powyższych statystyk można wnioskować, że ten problem także je obejmuje. Dzieci te są zagrożone wystąpieniem w przyszłości licznych zaburzeń pod postacią zachowań regresywnych, myśli samobójczych, koszmarów sennych, stanów lękowych i depresyjnych, problemów z samokontrolą, obniżoną samooceną. Stwierdzono, że 40% osób z bulimią było w dzieciństwie wykorzystywanych seksualnie. U młodszych dzieci mogą wystąpić zaburzenia łaknienia. Często

obserwowane PTSD występuje zwykle jako forma odległa od 1 roku do 20 lat po urazie<sup>(21)</sup>.

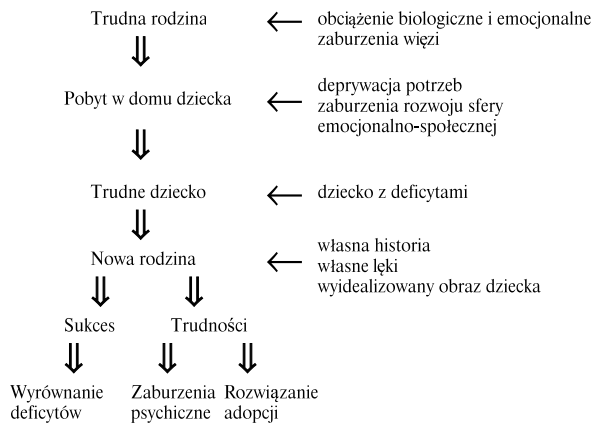
Dostępne dane literaturowe rozpatrują szeroko zagadnienie adopcji międzynarodowych. Fakt ten dotyczy 40 tys. dzieci rocznie z ponad 100 krajów. Dzieci te częściej korzystają z opieki psychiatrycznej niż dzieci nieadoptowane. Rzadziej natomiast, w porównaniu z dziećmi z adopcji krajowych, zgłaszają się na konsultację psychiatryczną i prezentują mniej zaburzeń zachowania. Gdy przysposobienie nastąpiło powyżej 12. miesiąca życia, odnotowano również wyższe ryzyko wystąpienia w przyszłości prób samobójczych i zaburzeń psychicznych<sup>(25)</sup>. Kolejne badania ujawniły 1,5 raza większe ryzyko wystąpienia zaburzeń lękowych w adopcjach międzynarodowych. Odnotowano również 2 razy częstszy problem nadużywania substancji psychoaktywnych i uzależnień u dzieci obu płci oraz 4 razy częściej występujące zaburzenia nastroju u chłopców<sup>(26,28)</sup>.

## PODSUMOWANIE

Powyżej przytoczone dane skłaniają do zastanowienia się, czy adopcja jest czynnikiem większego ryzyka hospitalizacji psychiatrycznej i czy dzieci adoptowane rzeczywiście częściej prezentują zaburzenia psychiczne. A może dzieci przysposobione są nadreprezentowane w opiece psychiatrycznej?

Opinie zawarte w piśmiennictwie różnią się nieznacznie. Część badaczy twierdzi, że adoptowane dzieci nie mają więcej zaburzeń psychicznych, tylko częściej zgłaszają się do psychiatry<sup>(29,30)</sup>. Inni uważają, że udziela się im więcej konsultacji psychiatrycznych, bo mają więcej problemów, a rodzice adopcyjni w mniejszym stopniu tolerują występowanie trudności<sup>(31,32)</sup>. Wyższy status socjoekonomiczny i wykształcenie rodziców adopcyjnych ma predysponować ich do wczesnej identyfikacji problemu i sięgania po pomoc specjalistów. Ponadto adopcyjni rodzice bardziej obawiają się trudności dziecka niż rodzice biologiczni<sup>(33)</sup>. Polskie badania zdają się potwierdzać te stwierdzenia. Rodzice adopcyjni w przeważającej części prezentują postawę bezradności<sup>(2,6)</sup>. Znacznie częściej szukają pomocy rodzice z wyższym wykształceniem i statusem socjoekonomicznym<sup>(1)</sup>, co z kolei może świadczyć zarówno o wyższej świadomości problemów dziecka adoptowanego, jak i o wyższych oczekiwaniach i wymaganiach wobec nowego członka rodziny. W Polsce odsetek dzieci adoptowanych korzystających z opieki psychiatrycznej jest wyższy od odsetka dzieci nieadoptowanych. Główne powody to nadpobudliwość psychoruchowa i zaburzenia emocjonalne. Rodzice najczęściej zgłaszają się po pomoc 5 lat po adopcji<sup>(1)</sup>.

Przedstawione dane skłoniły nas do wysunięcia wniosku, że zaburzenia psychiczne dzieci adoptowanych mają źródło w dwóch etapach życia dziecka, tj. przed i po adopcji. Na początku swego życia otrzymuje ono obciążenia biologiczne i emocjonalne związane z własną rodziną, powstają zaburzenia więzi. Następnie trafia do instytucji opiekuńczej, gdzie następuje dalsza deprywacja potrzeb, pogłębiają się zaburzenia rozwoju sfery emocjonalno-społecznej. Straumatyzowane dziecko, głównie w zakresie zaburzeń więzi, z różnymi deficytami rozwojowymi trafia do nowej rodziny, która ma własną



Rys. 3. Czynniki wpływające na wystąpienie zaburzeń psychicznych u dzieci adoptowanych

historię, lęki i problemy, np. związane z bezdzietnością<sup>(5)</sup>. Proces przystosowania się dziecka do nowej rodziny jest jednocześnie konstruktywny i bardzo trudny dla jego rozwoju. Suma tych wszystkich czynników ma wpływ na to, czy nowy system rodzinny odniesie sukces i nastąpi wyrównanie oraz redukcja deficytów rozwojowych, czy też pojawią się trudności prowadzące do zaburzeń psychicznych, a czasem nawet do rozwiązania adopcji (rys. 3).

Na zakończenie naszych rozważań przypomnimy optymistyczne słowa twórcy teorii więzi Johna Bowlby'ego (1988): „Ludzka psychika, podobnie jak ludzki kościoczek, wykazuje znaczną podatność na samoleczenie”<sup>(19)</sup>.

## PIŚMIENNICTWO:

### BIBLIOGRAPHY:

1. Milewska E.: Rodzina adopcyjna – problemy psychologiczne przed i po adopcji dziecka. W: Milewska E., Szymanowska A. (red.): Rodzice i dzieci. Psychologiczny obraz sytuacji problemowych. Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN, Warszawa 2000: 115-135.
2. Maciarz A., Haniżewska R.: Postawy rodzicielskie rodzin adopcyjnych. *Problemy Rodziny* 1984; (3): 33-37.
3. Milewska E.: Charakterystyka motywacji do adopcji dziecka na podstawie badań kandydatów na rodziców adopcyjnych. W: Kalus A. (red.): W świecie dziecka osieroconego i rodziny adopcyjnej. Redakcja Wydawnictw Wydziału Teologicznego Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2003: 167-168.
4. Levy T.M., Orlans M.: Creating and repairing attachments in biological, foster, and adoptive families. W: Johnson S.M., Whiffen V.E. (red.): Attachment Processes in Couple and Family Therapy. The Guilford Press, New York, London 2003: 165-190.
5. Ulańska R., Zdenkowska-Pilecka M., Iniewicz G.: Wiąz po zerwaniu więzi. Adopcja z perspektywy teorii przywiązania. W: Józefik B., Iniewicz G. (red.): Koncepcja przywiązania. Od teorii do praktyki klinicznej. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008: 161-174.
6. Gralak G.: Kompensacja braku poczucia bezpieczeństwa dzieci w zastępczym środowisku rodzinnym. Publiczny Ośrodek Adopcyjno-Opiekuńczy, Sosnowiec. Adres: [www.misjanadziei.org.pl/artykuly/gabi.html](http://www.misjanadziei.org.pl/artykuly/gabi.html).

7. van Ijzendoorn M.H., Juffer F.: The Emanuel Miller Memorial Lecture 2006: adoption as intervention. Meta-analytic evidence for massive catch-up and plasticity in physical, socio-emotional, and cognitive development. *J. Child Psychol. Psychiatry* 2006; 47: 1228-1245.
8. Bowlby J.: Attachment and Loss. Vol. 1. Attachment. Basic Books, New York 1969/1982.
9. Sroufe L.A., Carlson E.A., Levy A.K., Egeland B.: Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Dev. Psychopathol.* 1999; 11: 1-13.
10. Pearson J.L., Cohn D.A., Cowan P.A., Cowan C.P.: Earned and continuous-security in adult attachment: relation to depressive symptomatology and parenting style. *Dev. Psychopathol.* 1994; 6: 359-373.
11. Rutter M.: Psychosocial resilience and protective mechanisms. W: Rolf J., Masten A.S., Cicchetti D. i wsp. (red.): Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology. Cambridge University Press, New York 1990: 181-214.
12. Tizard B.: Adoption: A Second Chance. The Free Press, New York 1977.
13. Tizard B., Hodges J.: The effect of early institutional rearing on the development of eight year old children. *J. Child Psychol. Psychiatry* 1978; 19: 99-118.
14. Klominek W.: Rozwój dzieci adoptowanych w nowym środowisku rodzinnym w 10-15 lat po przystosowaniu. TPD ZG, Warszawa 1981.
15. Rutter M., O'Connor T.G.; English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team: Are there biological programming effects for psychological development? Findings from a study of Romanian adoptees. *Dev. Psychol.* 2004; 40: 81-94.
16. Żechowski C., Namysłowska I.: Teoria przywiązania a rozwój zaburzeń psychicznych. W: Józefik B., Iniewicz G. (red.): Koncepcja przywiązania. Od teorii do praktyki klinicznej. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008: 53-74.
17. Sroufe L.A.: Psychopathology as an outcome of development. *Dev. Psychopathol.* 1997; 9: 251-268.
18. Bowlby J.: A Secure Base. Clinical Applications of Attachment Theory. Tavistock, Routledge, London 1988.
19. Vorria P., Papaligoura Z., Sarafidou J. i wsp.: The development of adopted children after institutional care: a follow-up study. *J. Child Psychol. Psychiatry* 2006; 47: 1246-1253.
20. Spitz R.A., Wolf K.M.: Anaclitic depression: an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood, II. *Psychoanal. Study Child* 1946; 2: 313-342.
21. Cielecka-Kuszyk J.: Medyczne aspekty krzywdzenia dzieci. W: Milewska E., Szymanowska A. (red.): Rodzice i dzieci. Psychologiczny obraz sytuacji problemowych. Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN, Warszawa 2000: 198-213.
22. Yates W.R., Cadoret R.J., Troughton E., Stewart M.A.: An adoption study of DSM-III-R alcohol and drug dependence severity. *Drug Alcohol Depend.* 1996; 41: 9-15.
23. Holden N.L.: Adoption and eating disorders: a high-risk group? *Br. J. Psychiatry* 1991; 158: 829-833.
24. Slap G., Goodman E., Huang B.: Adoption as a risk factor for attempted suicide during adolescence. *Pediatrics* 2001; 108: E30.
25. Juffer F., van Ijzendoorn M.H.: Behavior problems and mental health referrals of international adoptees: a meta-analysis. *JAMA* 2005; 293: 2501-2515.
26. Levin A.: Some adoptions may increase risk of mental illness. *Psychiatric News* 2005; 40: 34-53.
27. Beine A., Constant E., Goffinet S.: Adoption, a higher risk for psychiatric hospitalisation? A preliminary study. *Ann. Med. Psychol. (Paris)* 2008; 166: 516-522.
28. Tieman W., van der Ende J., Verhulst F.C.: Psychiatric disorders in young adult intercountry adoptees: an epidemiological study. *Am. J. Psychiatry* 2005; 162: 592-598.

29. Borders L.D., Black L.K., Pasley B.K.: Are adopted children and their parents at greater risk for negative outcomes? *Family Relations* 1998; 47: 237-241.
30. Finley G.E.: Children of adoptive families. W: Silverman W.K., Ollendick T.H. (red.): *Developmental Issues in the Clinical Treatment of Children and Adolescents*. Allyn & Bacon, Boston 1999: 358-370.
31. Warren S.B.: Lower threshold for referral for psychiatric treatment for adopted adolescent. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1992; 31: 512-517.
32. Miller B.C., Fan X., Grotevant H.D. i wsp.: Adopted adolescents' overrepresentation in mental health counseling: adoptees' problems or parents' lower threshold for referral? *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2000; 39: 1504-1511.
33. Ingersoll B.D.: Psychiatric disorders among adopted children: a review and commentary. *Adoption Quarterly* 1997; 1: 57-73.

## Zasady prenumeraty kwartalnika „Psychiatria i Psychologia Kliniczna”

1. Prenumeratę można rozpocząć od dowolnego numeru pisma. Prenumerujący otrzyma zamówione numery kwartalnika pocztą na podany adres.
2. Pojedynczy egzemplarz kwartalnika kosztuje 25 zł. Przy zamówieniu rocznej prenumeraty (4 kolejne numery) koszt całorocznej prenumeraty wynosi 80 zł.
3. Istnieje możliwość zamówienia numerów archiwalnych (do wyczerpania nakładu). Cena numeru archiwalnego – 25 zł.
4. Zamówienie można złożyć:
  - Wypełniając załączony blankiet i dokonując wpłaty w banku lub na poczcie. Prosimy o podanie dokładnych danych imiennych i adresowych.
  - Dokonując przelewu z własnego konta bankowego (ROR) – wpłaty należy kierować na konto:  
Medical Communications Sp. z o.o., ul. Ojcowska 11, 02-918 Warszawa  
Deutsche Bank PBC SA  
42 1910 1048 2215 9954 5473 0001
  - Drogą mailową: [redakcja@psychiatria.com.pl](mailto:redakcja@psychiatria.com.pl).
  - Telefonicznie lub faksem: tel.: 022 651 97 83, faks: 022 842 53 63.
  - Wypełniając formularz prenumeraty zamieszczony na stronie [www.psychiatria.com.pl](http://www.psychiatria.com.pl).
5. Zamawiający, którzy chcą otrzymać fakturę VAT, proszeni są o kontakt z redakcją.