

## Zjawisko eurosieroctwa a kierunki pracy terapeutycznej i leczenia psychiatrycznego – prezentacja przypadku

### The Euro-orphans phenomenon and the courses in therapeutic work and psychiatric treatment – a case study

Marta Nowak, Agnieszka Gawęda, Małgorzata Janas-Kozik

Oddział Kliniczny Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego  
Katedry Psychiatrii i Psychoterapii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. I. Krupka-Matuszczyk

#### Summary

Today, the phenomenon of Euro-orphan is more and more frequently reported in the literature. This term refers to children with one or both parents emigrated from the country for work purposes.

In connection with the social transformations of orphan-hood types described in the literature (nature, spiritual, social), the definition has been broadened by the definition of euro-orphan. The Ministry of Education describes the euro-orphan as the destruction of the family structure, the disorder of the socialisation process of children and reduction of the emotional exchanges among family members, as a result of migration of their parents. It provides further that not every child whose parents are not present in the country is covered as an euro-orphan.

However, this group has become an increasingly larger populations. Lack of physical proximity and accessibility of important persons may have some psychological and pedagogical implications. These in turn can be shaped over time, into pathological symptoms, which are diagnostic entities in developmental psychiatry. It is not known precisely how many children in Poland are Euro-orphans.

**Aim.** The aim of this paper is an attempt to understand the social phenomenon of Euro-orphanhood in the light of the observed psychopathologies of children and adolescents.

**Method.** The case study of the psychotherapy of a patient suffering from the Euro-orphanhood syndrome.

**Conclusions.** Euro-orphanhood is a social phenomenon that generates Euro-orphans with a wide range of psychopathological symptoms classified in different diagnostic categories. The type and intensification of the psychopathological symptoms depend on the quality of relationships with meaningful persons prior to the Euro-orphanhood period. The course of the psychotherapeutic work with Euro-orphans should cover an individual aspect taking into consideration the maturity of defensive mechanisms as well as the work-through of negative feelings cumulated due to becoming a Euro-orphan.

**Słowa kluczowe:** eurosierota, eurosieroctwo, kierunki pracy psychoterapeutycznej

**Key words:** Euro-orphan, euro-orphanhood, courses of psychotherapeutic work

## Wstęp

### Eurosierota i eurosieroctwo

Współcześnie coraz częściej obserwuje się zjawisko migracji jednego lub obojga rodziców w celach zarobkowych. Pozostające w kraju dzieci określane są jako eurosieroty.

Zdaniem S. Kozak wśród konsekwencji opuszczenia, doświadczanego przez dziecko, wyróżnić można konsekwencje: psychologiczne (dotyczą trudności powstających w obszarze poczucia własnej przynależności, poczucia bezpieczeństwa w relacjach, braku poczucia bliskości) oraz pedagogiczne (np. pogorszenie wyników w nauce, trudności z zachowaniem dostosowanym do zasad funkcjonowania w społeczeństwie np. kradzieże, uzależnienia) [1].

D. Lalak i T. Pilch przytaczają definicję sieroctwa jako: „stan pozbawienia dzieci, trwale lub przejściowo, szans wychowania we własnej rodzinie, ze względu na brak odpowiednich warunków opiekuńczo-wychowawczych” [2].

Autorzy, zajmujący się tą problematyką, dzielą rodzaje sieroctwa na: naturalne (śmierć rodziców), duchowe (wynikające z niewłaściwych więzi rodzinno-emocjonalnych) oraz społeczne. Te ostatnie A. Szymborska definiuje jako „obiektywną sytuację, której wspólnymi elementami są: brak opieki i oddziaływań wychowawczych ze strony żyjących rodziców w stosunku do swego dziecka, a także fakt długotrwałego pobytu dziecka w środowisku innym niż dom jego rodziców, połączony z brakiem kontaktów lub kontaktem niewystarczającym pomiędzy dzieckiem a rodzicami” [3].

Ministerstwo Edukacji Narodowej podaje następującą definicję eurosieroctwa: „Przez pojęcie tzw. eurosieroctwa należy rozumieć sytuację, w której emigracja zarobkowa rodziców/rodzica powoduje burzenie podstawowych funkcji rodziny, takich jak zapewnienie ciągłości procesu socjalizacji, wsparcia emocjonalnego dziecka i transmisji kulturowej. Takie rozumienie eurosieroctwa oznacza, że nie każde dziecko, którego rodzice lub rodzic wyjechał do pracy za granicą, powinno być traktowane jako eurosierota” [4].

Rodziny migracyjne można podzielić w oparciu o osoby nieobecne i długość ich nieobecności. M. Janowska przytacza następujący podział – wśród pierwszych wyróżniamy rodziny z nieobecny: ojcem, matką lub obojgiem rodziców; rozróżnienie w oparciu o czas wyszczególnia: okresowe rodziny migracyjne (krótkie okresy migracji) oraz długotrwałe rodziny migracyjne (przebywanie za granicą od jednego roku do kilkunastu lat) [5].

### Polskie eurosieroctwo w liczbach

Masowa emigracja z Polski w celach zarobkowych zapoczątkowała nowe, nieznane dotąd zjawisko społeczne w Polsce – sieroctwo emigracyjne. W dzisiejszych czasach jest to poważny problem społeczno-prawny [6]. Ministerstwo Edukacji Narodowej zleciło latem 2010 r. przeprowadzenie badania na temat liczby eurosierot, postępów w nauce i sprawowanej nad nimi opieki. Nadal brak jest dokładnych danych co do liczby eurosierot w Polsce [7].

Dane dotyczące rozpowszechnienia zjawiska eurosieroctwa przedstawiane przez M. Milczarskiego są następujące:

- najwięcej eurosierot pochodzi ze środowisk dotkniętych trudną sytuacją materialną;
- badania zrealizowane na zlecenie Rzecznika Praw Dziecka przez Wyższą Szkołę Pedagogiki Resocjalizacyjnej Pedagogium w Warszawie pokazują, że opiekę nad pozostawionymi dziećmi najczęściej sprawują dziadkowie (46%), a zdarza się, że dzieci zajmują się sobą nawzajem (2%) [7].

Następujące dane przedstawiają wyniki badań prezentujące skalę eurosieroctwa:

- 2 mln – liczba osób, które wyjechały za pracą za granicę od maja 2004 do marca 2007 (CBOS);
- 110 tys. – liczba eurosierot w Polsce (Fundacja Prawo Europejskie, maj 2008)
- 1299 – liczba eurosierot, które trafiły do domów dziecka i rodzin zastępczych w 2007 roku (Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej);
- 46% eurosierot pozostających pod opieką dziadków (WSPR Pedagogium) i 2% eurosierot wśród wszystkich dzieci w wielu szkolnym (WSPR Pedagogium) [7].

### **Obraz wspólnych cech oraz patologicznych zachowań prezentowanych przez eurosieroty**

Nieobecność jednego lub obojga rodziców znacząco wpływa na jakość wzajemnych relacji dziecka i rodzica/rodziców. Zmiana struktury rodziny niesie ze sobą konsekwencje dla dziecka, jak przeżywanie własnego poczucia wartości – dzieci mogą czuć się „gorsze” od rówieśników, doświadczając żalu i zazdrości. Obserwowane jest również doświadczanie braku poczucia bezpieczeństwa, przewidywalności w relacjach oraz osamotnienia [5]. Wśród dzieci widoczna jest nadwrażliwość, nadpobudliwość, agresja, nieopanowanie, nieufność, brak wiary we własne możliwości, nieśmiałość i apatia. Występować mogą trudności szkolne i wychowawcze [8]. Obserwowana u dzieci, doświadczających opuszczenia, izolacja, chłód uczuciowy, obojętność lub nawet wrogość, jest efektem braku odwzajemnienia lepkości uczuciowej (niepohamowanego lgnięcia do dorosłych) [7]. Efektem nieradzenia sobie z zaistniałą sytuacją i własnymi emocjami mogą być problemy ze snem, występowanie moczenia nocnego lub zaprzestanie mówienia [9].

Wśród dzieci migrantów zwiększone jest ryzyko wystąpienia demoralizacji. Dzieci te mogą prezentować większą trudność w ocenie właściwości i moralności prezentowanych przez członków grupy zachowań. Widoczna jest łatwość we wchodzeniu w grupę rówieśniczą w celu uzyskania poczucia przynależności i bezpieczeństwa [10].

Brak stałego kontaktu ze znaczącą osobą może nieść konsekwencje dla rozwoju osobowości dziecka. Osobowość charakteryzuje się ciągłością w czasie od co najmniej 3 r.ż. przez dzieciństwo, adolescencję i później [11]. Teorie dynamiczne wyodrębniają różne mechanizmy osobowości o charakterze sił psychodynamicznych oraz podkre-

śląją fundamentalne znaczenie procesu wychowania i socjalizacji w formowaniu się zaburzeń osobowości [12].

Nieobecność osób znaczących może mieć konsekwencje dla rozwoju identyfikacji płciowej.

Rola lub zachowania związane z płcią odnoszą się do uwarunkowań kulturowych, stereotypowych wzorców zachowań, charakterystycznych dla kobiet i mężczyzn [13].

Rodzice stają się osobami udzielającymi dziecku podstaw do obserwacji zachowań określonej płci i kształtowania postaw wobec własnej seksualności. Obecność rodziców staje się istotna w procesie rozwijania umiejętności dziecka w kontaktach interpersonalnych oraz dla późniejszej identyfikacji i tożsamości płciowej [14].

Wraz z rozwojem dziecka zwiększa się jego świadomość wobec różnic między rodzicami (inna jakość spędzanego czasu, inne wzorce). Doświadczenie tej różnorodności staje się trudniejsze w przypadku braku fizycznej dostępności jednego lub obojga rodziców [15].

Dzieci definiowane jako eurosieroty prezentują trudności natury emocjonalnej oraz patologizację zachowania zbliżoną do dzieci przejawiających zaburzenia więzi, zaburzenia emocjonalne lub zaburzenia zachowania.

J. Bowlby twierdzi, że dziecko doświadcza bezpieczeństwa do momentu, gdy w jego zasięgu znajduje się obiekt jego przywiązania. Zagrożenie brakiem kontaktu powoduje niepokój i lęk, jego realna utrata skutkuje smutkiem, któremu może towarzyszyć złość [16].

Przeprowadzone w 2010 r. przez Fundację Rozwoju Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego badania pokazują, jakie trudności emocjonalne prezentują eurosieroty. Badaniami objęte zostały dzieci z rodzin migracyjnych, stanowiące ogólną próbę badawczą 1560 osób, przy czym rozłąka z rodzicem/rodzicami trwała minimum 6 miesięcy [17]. Raport przedstawia, że rozłąka obejmowała wiek dziecka od wczesnych lat szkolnych do późniejszych klas szkolnych. Moment krytyczny obejmuje pobyt rodzica poza domem 3 lata – w przypadku ojca i 2 lata – w przypadku matki. Konsekwencją nieobecności rodzica/ rodziców jest występowanie u dzieci objawów w postaci bólów głowy, brzucha, duszności i nawrotowych przeziębień. Zdaniem dzieci, aż w 70% choroba powoduje zwiększenie bliskości emocjonalnej, a hospitalizacja – zmianę decyzji rodzica wobec wyjazdu. Dzieci dostrzegają korzyści z prezentowanych objawów somatycznych w postaci opieki, troski i dostępności kontaktu. Stwarza to ryzyko utrwalenia tego mechanizmu, mogącego powodować występowanie zaburzeń psychosomatycznych [17].

W praktyce klinicznej autorzy artykułu coraz częściej spotykają się z pacjentami, którzy prezentują zaburzenia spełniające kryteria diagnozy psychiatrycznej, a z aspektu socjologicznego przejawiają cechy oraz mają doświadczenia życiowe, które są wspólne dla dzieci określanych jako eurosieroty. Przejawiane przez dzieci zachowania i cechy w ich praktyce klinicznej najczęściej obejmują rozpoznania takie jak: reaktywne zaburzenia przywiązania w dzieciństwie (F 94.1), zaburzenia selektywności przywiązania w dzieciństwie (F 94.2), zaburzenia zachowania (F 91), depresyjne zaburzenia zachowania (F 92.0), mieszane zaburzenia zachowania i emocji (F 92), zaburzenia

emocjonalne (F 93), zaburzenia depresyjne (F 32) [18]. Istotny jest fakt, iż wystąpienie zaburzenia należy rozważać w aspekcie połączenia predyspozycji intrapsychicznych, jakości więzi przed wyjazdem osoby znaczącej oraz dostępności i umiejętności czerpania z dostępnego wsparcia. Sam fakt nieobecności rodzica/rodziców nie jest jednoznaczny z występowaniem trudności.

### **Cel**

Celem niniejszej pracy jest próba zrozumienia zjawiska społecznego – eurosieroctwa – dla obserwowanych psychopatologii u dzieci i młodzieży.

### **Metoda**

Obejmuje prezentację przypadku psychoterapii pacjentki dotkniętej eurosieroctwem.

### **Prezentacja przypadku**

Dziewięcioletnia pacjentka została skierowana do Oddziału Klinicznego Psychiatrii i Psychoterapii Wieków Rozwojowych w Centrum Pediatrii w Sosnowcu przez lekarza psychiatrę. Przyczyną jej przyjęcia na oddział były groźby kierowane przez dziewczynkę do nauczycieli w szkole, że wyskoczy przez okno. Zapytana o rozumienie swojego pobytu w szpitalu wytłumaczyła, że „to przez ADHD”, co w jej rozumieniu było tożsame z byciem niegrzeczną. Dziewczynka od 4. roku życia była objęta pomocą psychologiczną z powodu zdiagnozowanej w poradni psychologiczno-pedagogicznej nadpobudliwości psychoruchowej i zaburzeń koncentracji. W wieku około 5 lat została objęta opieką psychiatryczną z powodu zaburzeń zachowania i emocji, określanych jako wtórnych wobec nadpobudliwości. Ponadto – jak wynikało z wywiadu – prezentowała skłonność do zachowań impulsywnych, trudności w radzeniu sobie z frustracją oraz problemy z nauką pomimo normy intelektualnej.

Rozmowa z matką ujawniła, że znaczące trudności dziecka, koncentrujące się głównie wokół zaburzeń zachowania (wtórnie do których – jak się okazało w trakcie obserwacji funkcjonowania dziewczynki na oddziale – występowały nadpobudliwość i zaburzenia koncentracji). Zaburzenia zachowania rozpoczęły się w momencie regularnych wyjazdów ojca za granicę w celach zarobkowych i „poprawy sytuacji finansowej w rodzinie”.

Sytuacja rodzinna pacjentki była skomplikowana. Dziewczynka pochodziła z rodziny wielodzietnej, w której, jak stwierdziła matka, „nigdy się nie przelewało”; miała brata bliźniaka oraz troje starszego rodzeństwa w okresie adolescencji. Po narodzinach bliźniąt matka pracowała dorywczo sprzątając w szkole, ponieważ miała trudności z uzyskaniem stałego zatrudnienia. Ojciec pracował w pobliskim zakładzie, z którego – z powodu przeprowadzanej restrukturyzacji – został zwolniony. Rodzice okazjonalnie korzystali ze wsparcia dziadków, ale trudna sytuacja pozostawała nie bez wpływu na rodzinę. Rodzice swoje frustracje odreagowywali sięgając po alkohol. Okresowo

zdarzały się również zachowania przemocowe wobec żony i starszych dzieci. Przełomowym dla rodziny momentem była decyzja o wyjeździe ojca do pracy za granicę (pracował jako kierowca). Wyjeżdżał na około 6 miesięcy, wracając na miesiąc do Polski. Taka sytuacja miała się utrzymywać przez około 7 lat.

W trakcie kontaktu z dziewczynką można było zaobserwować silną idealizację rodziców, szczególnie zaś nieobecnego ojca. Pacjentka z utęsknieniem oczekiwała jego powrotu, często zdarzało jej się fantazjować o tym, gdzie razem z tatą pojedą, gdy wróci i co od niego dostanie.

Ze smutkiem wynikającym ze straty ojca oraz złością za opuszczenie (również emocjonalne ze strony nie radzącej sobie z sytuacją matki) radziła sobie przez odreagowywanie – okresowe zachowania impulsywne o charakterze agresywnym (np. uderzanie innych), które zdarzały się najczęściej w sytuacjach emocjonalnie trudnych, takich jak na przykład brak przez dłuższy czas odwiedzin i zainteresowania ze strony matki. Inne trudności prezentowane przez pacjentkę obejmowały kłótnie z bratem bliźniakiem, koleżankami w szkole i pacjentami na oddziale czy agresję słowną. Dziewczynka prezentowała dużą nieufność, brak wiary w siebie i swoje możliwości, trudności w radzeniu sobie z frustracją. Ponadto z lęku przed ponownym odrzuceniem (tak właśnie na poziomie nieświadomym przeżywała wyjazd ojca) prowokowała ponowne odrzucenie przez swoje zaburzenia zachowania. Miała tendencję do tłumienia emocji oraz umniejszania wagi własnych potrzeb, w sytuacjach trudnych emocjonalnie wycofywała się w świat marzeń i wspomnień dotyczących idealizowanej przez nią przeszłości. W funkcjonowaniu dziecka na oddziale widoczna była silna potrzeba bezpieczeństwa i akceptacji oraz tzw. lepkość uczuciowa, która przejawiała się niepożądanym poszukiwaniem kontaktu z osobami dorosłymi czy próbami zyskania uwagi np. przez pomoc w obowiązkach (chęć pomagania pielęgniarce przy rozdawaniu posiłków, mierzeniu ciśnienia itp.). U dziewczynki widoczna była również potrzeba bezpieczeństwa oraz jasnych i przewidywalnych granic (rola ojca).

Praca terapeutyczna z pacjentką początkowo koncentrowała się głównie na stworzeniu jej sytuacji bezpieczeństwa i przewidywalności, redukowaniu poczucia winy oraz wzmacnianiu pozytywnych zachowań i starań dziewczynki, która wyraźnie prezentowała tendencję do umniejszania swojej wartości i przypisywania sobie odpowiedzialności za niekorzystne sytuacje w życiu całej jej rodziny (miała poczucie, że to wszystko przez jej „ADHD”). Kiedy poczuła się bezpiecznie na oddziale i związała się z nim, zaczęły uwidaczniać się jej skłonności do idealizacji postaci dla niej znaczących, co znajdowało swój oddźwięk również w relacji terapeutycznej. Dążyła ona do uzyskania kontaktu, „chroniła” terapeutkę przed swoją złością, w trakcie spotkań unikała mówienia o swoich trudnościach, przynosiła jej w prezencie rysunki. Te zachowania rozumiane były jako analogiczne do tych występujących w relacji z matką, przeżywaną jako bezradną i wymagającą ochrony. Po próbach konfrontowania dziewczynki z doświadczanymi przez nią emocjami wobec matki i próbami poradzenia sobie z tym pojawił się temat złości do nieobecnego ojca. W tym czasie praca z dziewczynką koncentrowała się głównie na rozwijaniu umiejętności wyrażania wprost swoich emocji, potrzeb i oczekiwań oraz umiejętności czerpania wsparcia od osób emocjonalnie i fizycznie dostępnych.

Przypadek małej pacjentki jest jednym z wielu, z którymi autorzy spotykają się w trakcie pracy na oddziale, gdzie obserwują wzajemne oddziaływanie na siebie czynników obejmujących predyspozycje intrapsychiczne, rodzinne oraz socjologiczne. Ich współwystępowanie należy rozważać jako predysponujące do wystąpienia trudności wymagających hospitalizacji. Należy również podkreślić, że zjawisko eurosieroctwa, które obserwują wśród swoich pacjentów, samo w sobie nie stanowi źródła zaburzeń, ale w połączeniu z indywidualnymi predyspozycjami – może powodować powstawanie trudności. Obserwowany natomiast jest fakt, iż pacjenci, których z aspektu socjologicznego można definiować jako eurosieroty, przejawiają podobieństwo cech i zachowań patologicznych, których wystąpienie ich opiekunowie często łączą z wyjazdem i brakiem stałego kontaktu z osobą znaczącą.

### Wnioski

Współcześnie definicje sieroctwa obejmują zaburzenia relacji rodzic – dziecko, mogące obejmować obszary wzajemnego kontaktu, emocjonalności czy też procesów socjalizacyjnych, mających swe konsekwencje w funkcjonowaniu społecznym. Zjawisko eurosieroctwa jest częste i powszechne, należy je rozumieć jako socjologiczny aspekt, który pozwala usystematyzować i dookreślić wspólne, obserwowane cechy i ich etiologię.

Rolej psychoterapii staje się wzmacnianie procesów socjalizacji, przepracowanie wypieranych uczuć, zmiana mechanizmów obronnych na bardziej dojrzałe oraz trening umiejętności poszukiwania wsparcia wśród innych dostępnych aktualnie osób.

Dziecko z zaburzeniami więzi wykazuje nieumiejętność tworzenia prawidłowych relacji, ma poczucie odrzucenia i straty spowodowanej zaburzoną więzią z rodzicem/rodzicami, przejawia nieufność w tworzeniu relacji, wynikającą z braku bezpieczeństwa i poczucia stabilności. Jego zaniżona samoocena może przejawiać się agresją, autoagresją, prowokowaniem do ponownego odrzucenia w celu ochrony przed jego przeżyciem, trudnością w respektowaniu granic interpersonalnych oraz norm społecznych [19].

Podjęmując pracę z pacjentem należy pamiętać o aspekcie indywidualnym (np. o poziomie rozwoju inteligencji, dojrzałości emocjonalnej, siły ego, stosowanych mechanizmów obronnych ego, obecności oraz umiejętności korzystania ze wsparcia). Podjęmując próbę generalizacji wobec zjawiska eurosieroctwa oraz różnorodności rozpoznań psychiatrycznych, można wyodrębnić wspólne cechy przeżywania i zachowania, które stają się patologizujące dla młodego człowieka. Wystąpienie i dominacja patologicznych zachowań, które poprzez swą intensywność, długość i stałość zostają objęte diagnozą psychiatryczną, zależą od wcześniejszych relacji ze znaczącymi osobami oraz dojrzałości funkcji ego, które determinują stosowane przez dziecko w sytuacji kryzysu mechanizmy obronne. Podjęmując pracę z pacjentami, którzy w rozumieniu socjologicznym definiowani są jako eurosieroty, autorzy obserwują wśród pacjentów Oddziału Klinicznego Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego wspólne obszary wymagające pracy, które obejmują:

- przepracowanie złości względem znaczących osób, które przestają być dostępne fizycznie. Złość często jest tłumiona lub zaprzeczona i realizowana w sposób chroniący dziecko przed dostaniem się do jego świadomości. Efektem tego jest występowanie zaburzeń patologicznych funkcjonowanie i będących często autodestrukcyjnymi;
- pracę nad niwelowaniem zachowań typu acting out, mających charakter autodestrukcyjny oraz próbę ich zamiany na bardziej dojrzałe i bezpieczne;
- pracę nad zdjęciem poczucia winy, które często wpływa na zaniżone poczucie wartości, wynikające z poczucia bycia „nieodpowiednim dzieckiem”, które zostało opuszczone;
- konfrontację dziecka z konsekwencjami podejmowanych zachowań destrukcyjnych;
- rozwijanie umiejętności poszukiwania i brania wsparcia;
- podejmowanie działań reparacyjnych, dzięki którym dziecko pozostające w relacji psychoterapeutycznej może ponownie wejść w relację będącą bezpieczną i przewidywalną, dającą mu możliwość odreagowania nagromadzonych emocji;
- rozwijanie umiejętności wyrażania wprost swoich emocji, potrzeb i oczekiwań;
- wspólne poszukiwanie i wskazywanie kierunków rozwojowych.

Dzieci definiowane jako eurosieroty często wycofują się z kierowania wprost treści o charakterze emocjonalnym względem osób znaczących. Dzieje się tak z lęku, że zranienie lub zezłosczenie nieobecnego rodzica spowoduje jego utratę.

Dzieci, aby poradzić sobie z brakiem kontaktu z osobami znaczącymi, przyjmują różne techniki przystosowawcze. Wśród nich osoby badające zjawisko wymieniają: akceptację, cichą tęsknotę, zamknięcie się w sobie, bunt i niezgodę na nieobecność rodziców, stwarzanie problemów wychowawczych [17]. W związku z prezentowanymi trudnościami wsparcie specjalisty jest niezwykle istotne.

#### **Явление евросиротства и направления терапевтической работы и психиатрического лечения. Представление наблюдения**

##### **Содержание**

Евросирота – это ребенок, который воспитывается без, наименее, одного родителя, который выехал за границу в меркантильных целях. Это явление причисляется к одной из одного из типов сиротства общественного характера (состояние определяющее ситуацию и социальное положение детей, воспитываемых вне семьи, в детских домах или приемных семьях, нп. ввиду иных, чем смерть родителя). Названием евросиротства определяется явление оставление в своей стране детей родителей, уезжающих за границу, по мнению детей, оставление их, хотя бы одного родителя нарушает семейный контакт а дети чувствуют себя сиротами. Синдром евросиротства описывается также в литературе как форма сиротства ребенка, ввиду прерывания физической и эмоциональной связи между родителем и ребенком в результате выезда на заработки их родителя. Точно неизвестно сколько детей в Польше являются евросиротами.

**Задание.** Проба понимания социального явления – евросиротства для оценки психопатологии у детей и молодежи.

**Метод.** Представление течения психотерапии у пациента, подверженного явлением евросиротства.

**Выводы.** Евросиротство – это общественное явление, которое родит евросироты с большой гаммой симптомов психопатологического типа, классифицированных в различных категориях диагностики. Тип и тяжесть психопатологических симптомов зависят от качества реакции со



значимыми лицами перед периодом евросиротства. Направления психотерапевтической работы с евросиротами должны охватывать индивидуальный аспект с учетом зрелости защитных механизмов, как и оценку негативных чувств, накопленных в связи с фактом евросиротства.

### **Euro-Waisen und die Richtung der therapeutischen Arbeit und psychiatrischen Behandlung. Fallschilderung**

#### **Zusammenfassung**

Eurowaise ist ein Kind, das der Vater oder die Mutter wegen Arbeitsmigration verlassen hat. Diese Erscheinung ist als ein Unterteil der sozialen Verwaisung betrachtet (Zustand, der die Situation und soziale Lage der Kinder bestimmt, die außer der Familie erzogen werden, in Kindesheimen oder Pflegefamilien, z.B. weil andere Gründe als Tod eines Elternteils vorliegen). Mit dem Namen Eurowaisen werden jene Kinder genannt, die von ihren im Ausland arbeitenden Eltern zurückgelassen werden. Nach der Meinung der Kinder, der Mangel an Kontakt mit einem Elternteil verursacht, dass die Kinder sich wie Waisen fühlen. Das Syndrom der Euro-Waisen wird auch in der Literatur beschrieben als eine Art des Waisenstandes, wegen des Abbruchs der physischen und emotionellen Bande zwischen den Eltern und dem Kind wegen der Arbeitsmigration der Eltern. Es ist genau nicht bekannt, wie viele Euro - Waisen es in Polen gibt.

**Ziel.** Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist der Versuch, die soziale Erscheinung – Euro-Weisen - zu verstehen und im Hinblick auf die beobachtete Psychopathologie der Kinder und Jugendlichen zu beschreiben.

**Methode.** Sie umfasst eine Fallbeschreibung – Psychotherapie des Patienten, der von der Euro-Verwaisung betroffen ist.

**Schlussfolgerungen.** Euro – Waisen sind eine soziale Erscheinung mit einem breiten Spektrum von psychopathologischen Symptomen, die in diversen diagnostischen Kategorien klassifiziert werden. Die Art und die Intensität der psychopathologischen Symptomen hängen von der Qualität der Beziehungen mit den Personen ab, die für sie eine Bedeutung vor der Zeit der Euro – Waisenstandes hatten. Die Richtungen der Arbeit eines Psychotherapeuten mit den Eurowaisen sollen auch den individuellen Aspekt umfassen und die Reife der Abwehrmechanismen berücksichtigen, sowie auch die Durcharbeitung der negativen Gefühle, die sich angehäuft haben, als das Kind zur Euro – Waise geworden ist.

### **Le phénomène de l'euro-orphelin et les directions du travail thérapeutique et du traitement psychiatrique – description d'un cas**

#### **Résumé**

L'euro-orphelin c'est un enfant qui au moins s'élève sans un parent qui travaille à l'étranger. Ce phénomène est traité comme un genre de l'orphelin social (état déterminant la condition et la situation des enfants non vivant en famille p.ex. vivant à l'orphelinat ou en famille de placement pour des raisons autres que la mort des parents). La notion de l'euro-orphelin définit un enfant qui reste dans le pays natal quand son parent/ ou ses parents/ travaillent à l'étranger et cet enfant, abandonné et sans le contact avec un parent/ des parents/, se sent comme orphelin. La littérature en question décrit aussi ce phénomène comme la rupture des liens physiques et émotifs entre l'enfant et ses parents à cause de leur travail à l'étranger. En Pologne nous ne savons pas combien d'euro-orphelins vivent entre nous.

**Objectif.** Comprendre ce phénomène de l'euro-orphelin et les psychopathologies qui l'accompagnent chez les enfants et les adolescents.

**Méthode.** La description d'un cas – présentation de la psychothérapie d'un patient souffrant de ce syndrome.

**Conclusion.** L'euro-orphelin est un phénomène social qui est accompagné de plusieurs symptômes psychopathologiques qui son classés diversement. Le type des symptômes et son intensification dépendent de la qualité des relations avec les personnes importantes pour enfant d'avant la période de ce statut de l'euro-orphelin. Les directions du travail thérapeutique doivent prendre en considération l'aspect individuel y compris la maturité des mécanismes de la défense ainsi que l'analyse des émotions négatives accumulées par le patient.

### Piśmiennictwo

1. Kozak S. *Patologie wśród dzieci i młodzieży*. Warszawa: Difin; 2007.
2. Lalak D., Pilch T. red. *Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej*. Warszawa: Żak; 1999.
3. Szymborska A. *Sieroctwo społeczne*. Warszawa: WP; 1969. [http://rozprawy-spoeczne.pswbp.pl/pdf/ii\\_9\\_marzena\\_ruszkowska.pdf](http://rozprawy-spoeczne.pswbp.pl/pdf/ii_9_marzena_ruszkowska.pdf)
4. Markowski M. MEN: *Eurosieroctwo? Taki sam problem mają dzieci marynarzy*. [http://wyborcza.pl/1,85996,5888323,MEN\\_Eurosieroctwo\\_Taki\\_sam\\_proble\\_m\\_maja\\_dzieci\\_marynarzy.html](http://wyborcza.pl/1,85996,5888323,MEN_Eurosieroctwo_Taki_sam_proble_m_maja_dzieci_marynarzy.html)
5. Janowska M. *Eurosieroctwo w Polsce jako problem rodziny*. <http://www.edukacja.edux.pl/p-6459-eurosieroctwo-w-polsce-jako-problem-rodziny.php>
6. Biuletyn Rzecznika Praw Dziecka – materiały nr 66. Zeszyty naukowe. <http://www.rpo.gov.pl/pliki/12531852990.pdf>
7. Milczarski M. *Polskie eurosieroty*. [http://www.magazynfamilia.pl/artykuly/Polskie\\_eurosieroty,679,86.html](http://www.magazynfamilia.pl/artykuly/Polskie_eurosieroty,679,86.html)
8. Słomińska J. *Eurosieroty? Nie ma sprawy*. [http://www.sprawynauki.edu.pl/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1573&Itemid=51](http://www.sprawynauki.edu.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=1573&Itemid=51)
9. Kozerańska M. 110 tys. *Eurosieroty*. [http://wyborcza.pl/1,76842,5202193,110\\_tys\\_eurosieroty.html](http://wyborcza.pl/1,76842,5202193,110_tys_eurosieroty.html)
10. Danilewicz W. *Sytuacja życia dzieci w rodzinach migracyjnych*. Białystok: Trans Humana; 2006.
11. Kernberg OF, Selzer MA, Koenigsberg HW, Carr AC, Appelbaum AH. *Psychodynamiczna terapia pacjentów borderline*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2007.
12. Westen D, Scheller J, Durrett CH, Glass S, Martens A. *Personality diagnoses in adolescence: DSM IV Axis II Diagnoses and an Empirically Derived Alternative*. *Am. J. Psychiatry* 2003; 160: 952–966. 10.1176/ appi.ajp. 160.5.952
13. W: <http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleID=176218>
14. Fine BD, Moore BE. *Słownik psychoanalizy*. Warszawa: Jacek Santorski & CO; 1996.
15. Wojciechowska J. *Stereotypy ról płciowych w rozwoju tożsamości płciowej u dzieci*. W: Brzezińska A, Jabłoński S, Marchew W. red. *Niewidzialne źródła. Szanse rozwoju w okresie dzieciństwa*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora; 2003 s. 13–27.
16. Winnicka E. *Eurosieroty*. <http://archiwum.polityka.pl/art/eurosieroty,358923.html>
17. Bowlby J. *Przywiązanie*. W: Stachowski R, Rzepa T, Domański CW. red. Warszawa: PWN; 2007. s. 27–58
18. Guzicka D, Gorbaniuk J, Szyszka M. *Diagnoza funkcjonowania społecznego dziecka w rodzinie rozłączonej na skutek migracji zarobkowej rodziców* W: *Projekt badawczy Wsparcie rodzin w rozłączce migracyjnej*, Lublin: KUL; 2010. s. 57–59.
19. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD 10. Badawcze kryteria diagnostyczne. Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”. Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1998.
20. Janas-Kozik M, Nowak M, Janas A, Hyrnik J. *Miejsce zaburzeń więzi i teorii przywiązania w klinice – doświadczenia własne*. *Wiad. Psychiatr.* 2008; 11 (3): 147–152.

Adres: Małgorzata Janas-Kozik  
 Oddział Kliniczny Psychiatrii  
 i Psychoterapii Wieku Rozwojowego  
 Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II  
 41-218 Sosnowiec, ul. G. Zapolskiej 3

Otrzymano: 12.03.2011  
 Zrecenzowano: 13.12.2011  
 Otrzymano po poprawie: 8.03.2012  
 Przyjęto do druku: 6.04.2012  
 Adiustacja: A. K.