

Wanda Badura-Madej

Collegium Medicum UJ

Kraków

Ośrodek Interwencji Kryzysowej w Krakowie

Agnieszka Dobrzyńska-Mesterhazy

Collegium Medicum UJ

Kraków

## Wpływ traumy na funkcjonowanie dziecka-świadka

*W artykule zostanie omówiona specyfika zaburzeń potraumatycznych u dzieci, a także modele wyjaśniające pojawienie się i utrzymywanie objawów. Autorki omawiają zastosowanie wiedzy o traumie dziecięcej w ocenie dziecka w roli świadka.*

W ostatnich kilku latach w Polsce obserwuje się wzrost zgłoszeń w sprawach o znęcanie się nad dziećmi i wykorzystywanie seksualne. Rośnie też liczba wykonywanych ekspertyz psychologicznych, dotyczących dzieci jako świadków w powyższych sprawach. Równolegle w ostatnich dwudziestu latach znacznie poszerzyła się wiedza na temat psychologicznych i zdrowotnych skutków wydarzeń traumatycznych i nikt już nie neguje wpływu traumatycznych wydarzeń na stan psychofizyczny i rozwój dziecka. Powstaje pytanie, w jakim zakresie i na jakim etapie procedury sądowej wiedza na temat skutków wydarzeń traumatycznych staje się niezbędna dla biegłego do prawidłowego przeprowadzenia badania psychologicznego i dokonania oceny poziomu rozwoju procesów poznawczych (sposprzeżeń,

pamięci, uwagi, myślenia), a także rozwoju uczuciowego i społecznego dziecka. Kolejna dyskusyjna kwestia dotyczy pytania, na ile udział dziecka jako świadka w postępowaniu sądowym może mieć negatywny wpływ na jego stan psychiczny i grozić dekompensacją psychiczną wskutek wiktymizującego wpływu przesłuchania i poddawania kolejnym badaniom. Na te pytania trudno sformułować proste zalecenia. Jedno jest niewątpliwe, że obecnie biegły wydający opinię psychologiczną dla sądu o dziecku, które było ofiarą wydarzenia traumatycznego, nie może nie uwzględnić podstawowej wiedzy na temat wpływu wydarzeń traumatycznych na funkcjonowanie psychiczne dziecka. W przeciwnym wypadku dokonana przez niego ocena dziecka będzie niekompletna, a niekiedy nawet błędna.

## Krzywdzenie dzieci jako wydarzenie traumatyczne

W latach 80. przemoc wobec dzieci zaczęła być rozpatrywana jako wydarzenie traumatyczne. W klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM – III R z 1987 r. zamieszczona została odrębna dla dzieci i młodzieży skala siły działania stresorów psychospołecznych.

Wyodrębniając różne kategorie stresorów, autorzy klasyfikacji zwrócili uwagę na wielkość zmian wywołanych przez dany stresor, stopień, w jakim dane wydarzenie jest pożądane i znajduje się pod kontrolą danej osoby, a także liczbę stresorów i czas ich trwania (Rosenhan, Seligman 1994). Wydarzenia uznane za ostre stresory trwają krócej niż sześć miesięcy, wydarzenia o charakterze przewlekłym – dłużej niż sześć miesięcy. Takie wydarzenia, jak: maltretowanie fizyczne, wykorzystywanie seksualne, zaniedbywanie, bycie świadkiem przemocy w obrębie rodziny w sześciostopniowej skali zostały zaliczone do stresorów skrajnych (piąty stopień).

Według definicji DSM cechą specyficzną wydarzeń traumatycznych, w odróżnieniu od innych stresowych sytuacji, jest zagrożenie życia i zdrowia oraz towarzyszące temu silne reakcje emocjonalne: strachu, bezradności, przerażenia, które u dzieci mogą wyrażać się poprzez dezorganizację i niepokój w zachowaniu. Reakcje te pojawiają się niezależnie od odporności dziecka i jego mechanizmów radzenia sobie i mogą różnić się zależnie od wieku rodzajem objawów i ich ekspresją, natomiast ogólne cechy reakcji potraumatycznej są zawsze takie same.

Poza definicją zdarzeń traumatycznych według kryteriów DSM w psycho-traumatologii funkcjonują jeszcze inne definicje i modele traumy u dzieci. Według Lenory Terr trauma oznacza psychologiczne konsekwencje zewnętrznego zdarzenia nagłego lub serii zdarzeń: *wszystkie urazy okresu dzieciństwa pochodzą z zewnątrz, żadne nie powstaje jedynie w umyśle dziecka (...)*

*trauma rozpoczyna się zdarzeniem będącym poza dzieckiem, ale z chwilą tego zdarzenia mają miejsce różne wewnętrzne zmiany w samym dziecku* (Terr 1995, s. 303).

Cytowana autorka zwraca uwagę, że w wyniku zewnętrznych wydarzeń, które powodują załamanie dotychczasowych sposobów radzenia sobie i mechanizmów obronnych, dziecko czasowo czuje się bezradne. Terr klasyfikuje skutki wydarzeń w zależności od długości trwania i powtarzalności wydarzeń, na tzw. **traumę Typ I** – po pojedynczym, nieprzewidzianym wydarzeniu traumatycznym, oraz **traumę Typ II** – po długotrwałych lub powtarzających się trudnych, zewnętrznych zdarzeniach.

Wydarzenia traumatyczne u dzieci, podobnie jak u dorosłych, dzieli się na kłęski żywiołowe (np. powódź, lawina) oraz na katastrofy spowodowane przez człowieka (wypadki komunikacyjne, bycie ofiarą agresywnych przestępstw – gwałt, napad, bycie świadkiem zabójstwa rodzica, ofiarą lub świadkiem przemocy fizycznej i seksualnej).

Rozpowszechnienie wydarzeń traumatycznych w populacji ogólnej dzieci nie jest wcale małe. Z badań amerykańskich wynika, że 15%–43% dziewcząt oraz 14%–43% chłopców doświadczyło w przebiegu życia przynajmniej jednego z wydarzeń traumatycznych. W grupie tych dzieci u 3%–15% dziewcząt oraz 1%–6% chłopców postawiono diagnozę (Post Traumatic Stress Disorder). Badania pokazują również, że częstość występowania PTSD u dzieci jest większa w grupie większego ryzyka. Przykładowo u wszystkich dzieci, które były świadkami zabójstwa rodziców, rozwinął się zespół stresu pourazowego (Gordon, Wraith 1993).

Badacze donoszą też, że najwyższy poziom objawów PTSD mają dzieci, które doświadczyły kilku poważnych wydarzeń traumatycznych. Ponadto wyższy poziom objawów PTSD mają dzieci-ofiary traumy interpersonalnej, niż ofiary katastrofy na-

turalnej (Goodman, Scott 2000). Również płeć jest czynnikiem ryzyka rozwoju objawów PTSD, a mianowicie dziewczęta częściej niż chłopcy rozwijają zespół stresu pourazowego. Doniesienia na temat obja-

wów stresu pourazowego u dzieci-ofiary wykorzystywania seksualnego różnią się pod względem oceny częstości występowania tego zespołu od 36,3% do 90% dzieci (Friedrich 2002, McLeer i in. 1992).

## Specyfika zaburzeń potraumatycznych u dzieci

Już w latach 70. Henry Krystal (1978) zwrócił uwagę na różnice w reakcjach na wydarzenia traumatyczne między dorosłymi i dziećmi. Jego zdaniem różnice te wynikają z innych właściwości emocji i ich roli: emocje dzieci są słabo zróżnicowane, związane silnie z somatycznymi doznaniem i nie są wyrażane werbalnie. Dlatego też dzieci popadają w krańcową bezradność w obliczu traumy, kiedy ich emocje są intensywne i trudne do modulowania. Dorosli natomiast mogą w większości antycypować niebezpieczeństwo i bronić się przed intensywnymi, raniącymi emocjami przez blokowanie ich, paraliż w zachowaniu i sztywność myślenia.

Dzieci w sytuacji traumy manifestują bardzo różnorodne symptomy emocjonalne, behawioralne, somatyczne, które modyfikują ich rozwój i wpływają na tworzącą się osobowość. Od możliwości rozwojowych dziecka zależy rodzaj oceny wydarzenia traumatycznego i znaczenie, jakie mu nadaje, a także emocjonalne i poznawcze sposoby radzenia sobie, możliwość tolerowania własnych reakcji

i zdolność akceptacji zmian. Te właściwości psychiczne pośredniczą między wydarzeniem a reakcją na nie.

O różnorodności psychopatologicznych skutków wydarzeń traumatycznych, takich jak przemoc fizyczna i zaniedbywanie, świadczy przegląd badań na ten temat dokonany przez Cicchetti i Totha (1995). Badacze wyróżnili psychologiczne i psychopatologiczne konsekwencje fizycznej przemocy i zaniedbywania. Są to:

- zachowania agresywne i destrukcyjne,
- zaburzenia regulacji uczuć,
- mało bezpieczne i atypowe wzorce przywiązania,
- zaburzenia w relacjach z rówieśnikami w postaci bądź agresywnych bądź ucieczkowo-izolacyjnych postaw,
- pogorszenie wyników w nauce,
- zaburzenia depresyjne,
- zaburzenia zachowania,
- nadpobudliwość psychoruchowa,
- zachowania opozycyjno-buntownicze,
- zespół stresu pourazowego.

## Zespół stresu pourazowego u dzieci

Według DSM kryteria diagnostyczne dla PTSD u dzieci, poza podanym powyżej opisem czynnika traumatycznego, zawierają trzy grupy objawów:

1) uporczywe doświadczenie traumy w różny sposób, głównie przez intruzywne wspomnienia, traumatyczne sny, dotyczące bądź aktualnej traumy lub innych krytycznych doświadczeń, zabawy zawierające różne aspekty traumatycznego wydarzenia;

2) zmniejszona reaktywność i zainteresowanie otoczeniem, głównie poprzez

zmniejszone zaangażowanie w ulubione aktywności, emocjonalne odcięcie w kontaktach z rodzicami i kolegami, obniżona tolerancja na bodźce, unikanie intensywnych emocji;

3) objawy pobudzenia związane z sytuacją traumatyczną, przejawiające się w stanie pogotowia emocjonalnego w postaci nerwowości, nagłych reakcji przestachu, zaburzeń snu, trudności w koncentracji uwagi w szkole, pojawianiu się strachu na bodźce przypominające traumę.

Za cechy specyficzne dla dziecięcych reakcji na wydarzenie traumatyczne uważa się dodatkowo (Pynoos, Nader 1993):

- wzrost przywiązania do rodziców i rodzicielstwa,
- pojawienie się objawów lęku separacyjnego,

- utrata osiągniętych już umiejętności rozwojowych, szczególnie u młodszych dzieci,
- lęk przed powtórzeniem się traumy,
- poczucie winy z powodu przeżycia, szczególnie u starszych dzieci.

## Koncepcja traumy u dzieci według Lenory Terr

Dla opisu i wyjaśnienia specyfiki objawów potraumatycznych u dzieci wiele cennych obserwacji wniosła Lenore Terr. Terr klasyfikuje objawy pourazowe w trzech głównych grupach, zgodnie z klasyfikacją PTSD:

- 1) odtwarzanie wydarzenia traumatycznego,
- 2) unikanie,
- 3) pobudzenie.

Wymienia takie objawy, jak (Terr 1995):

- tłumienie,
- zaburzenia snu,
- przesadną reakcję na niespodziewane bodźce,
- zachowania regresywne,
- lęki w codziennych sytuacjach,
- ataki paniki,
- drażliwość,
- nadwrażliwość i nadmierną czujność na bodźce i sytuacje przypominające wydarzenie traumatyczne.

Terr uważa, że koszmary senne (jeden z ważnych objawów zaburzeń pourazowych u dorosłych) jako konsekwencja doznanej traumy nie zawsze są widoczne u dzieci, zwłaszcza poniżej 5. roku życia. Małe dzieci mogą mieć trudności z ich zapamiętaniem i późniejszym odtworzeniem. Zwraca się też uwagę, że koszmary senne u dzieci niekoniecznie muszą być ściśle tematycznie związane z urazowymi doświadczeniami; mogą mieć charakter snów lękowych, w których występują duchy, potwory itp. (Rutkowski 2001).

Terr wyróżnia cechy wspólne dla obu rodzajów traumy (typ I i typ II) oraz cechy specyficzne.

**Wspólne cechy** reakcji potraumatycznej u dzieci, niezależnie od typu traumy, to:

- szczegółowe, powtarzające się wspomnienia z silną komponentą wyobraźniowo-zmysłową,
- powtarzające się zachowania,
- specyficzne lęki,
- zmiana postaw wobec ludzi, życia i przyszłości.

**Szczegółowe wyobraźniowe wspomnienia** pojawiają się u dzieci-ofiar traumy nie tylko w wyniku skojarzenia z bodźcem przypominającym wydarzenie traumatyczne, ale najczęściej pojawiają się u dzieci spontanicznie w czasie wolnym – przed zaśnięciem, przy oglądaniu telewizji, podczas nudnej lekcji. Cechą charakterystyczną dziecięcych wspomnień wydarzeń traumatycznych jest łatwe odtwarzanie doznań zmysłowych, zwłaszcza dotykowych i węchowych. Mimo braku dostatecznej pamięci słownej małe dzieci mogą odtwarzać to, co „widzą w swoim umyśle” w rysunkach albo zachowaniu.

**Powtarzające się zachowania**, które są odtwarzaniem doświadczonej traumy bądź odgrywanie jej w zabawie, mają charakter kompulsywny. Brakuje im charakterystycznej swobody, radości i lekkości typowych dla zabaw dziecięcych (Herman 1998). Jeżeli takie zachowania pojawiają się dostatecznie często, stają się częścią składową osobowości i repertuaru zachowań dziecka. Wiele dzieci, które doświadczyły szczególnie agresywnych zachowań seksualnych ze strony dorosłych, ma skłonność do ponownego odtwarzania swojej wiktymizacji w zachowaniu.

**Treść specyficznych lęków** związanych z traumą bardzo często odnosi się do źródeł traumy. Lęki traumatyczne różnią się od lęków neurotycznych, odnoszą się do konkretnych sytuacji i bodźców, np. dziecko z problemami nerwicowymi może bać się dorosnąć czy wziąć ślub, natomiast dziecko seksualnie wykorzystywane może bać się określonej aktywności seksualnej, np. seksu oralnego. Lęki traumatyczne mają tendencję do utrwalania się i pojawiania się później w życiu dorosłym.

**Zmiana nastawienia do ludzi, życia i przyszłości** wiąże się z naruszeniem podstawowego zaufania do ludzi. Dzieci, które są ofiarami wydarzeń traumatycznych, mają uwewnętrznzone przekonanie, że na pewno spotkają je kolejne urazy. Te przekonania doprowadzają do poważnych zmian w zachowaniu i aktywności dzieci.

Terr wyróżnia dodatkowo **specyficzne objawy zaburzeń**, występujące w wyróżnionych przez siebie typach traumy.

W traumie typu I (zdarzenie pojedyncze, nieoczekiwane) charakterystyczne są:

- bardzo wyraziste wspomnienia wydarzenia traumatycznego,
- poznawcze opracowywanie wydarzenia poprzez poszukiwanie odpowiedzi na pytanie, dlaczego mnie to spotkało,
- zaburzenia spostrzegania w postaci iluzji, a nawet halucynacji.

Według Terr werbalne **wspomnienia wydarzeń traumatycznych** są już możliwe między 28. a 38. miesiącem życia dziecka. W przypadku ostrej traumy dziecięce odtworzenia są szczegółowe i klarowne. Dzieci starają się opowiedzieć każdy szczegół tak dokładnie, jak to jest możliwe. Czasami dzieci są zdolne odtworzyć z pojedynczego wydarzenia nawet więcej niż dorośli, którzy uczestniczyli w tej sytuacji.

Wobec nagłych, niespodziewanych wydarzeń traumatycznych dzieci dużo energii psychicznej spożytkowują **na poszukiwanie odpowiedzi na pytanie o przyczyny tego, co im się wydarzyło** (*Dlaczego mnie to spotkało? Jak mogłem tego uniknąć?*).

Ustalenie przyczyn, znaków ostrzegawczych, magicznych wyjaśnień pozwala na tworzenie pewnego rodzaju kontroli nad przypadkowością losu i brakiem wpływu na wydarzenia. Skutkuje to także nasileniem poczucia winy.

W reakcjach potraumatycznych, pojawiające się **zaburzenia percepcji** (błędna ocena czasu, długości trwania wydarzenia, iluzje) nie są objawami poważnych zaburzeń psychicznych. Uważa się, że za ich pojawienie się odpowiedzialne są neurofizjologiczne i neurochemiczne reakcje powstające w mózgu w sytuacji ekstremalnego stresu (Teicher 2002; LeDoux 2000).

W reakcjach potraumatycznych w traumie typu II, wywołanej przez doświadczanie długotrwałych lub powtarzających się zewnętrznych urazowych zdarzeń, dziecko tworzy silne obrony przed dezintegracją *self*. Powszechnie reakcje obronne to:

- masywne zaprzeczanie,
- odrętwienie,
- identyfikacja z agresorem i autoagresja.

**Zaprzeczanie i odrętwienie** są doznaniem pojawiającymi się w różnych typach traumy, jednak w przypadku ostrej traumy są one ograniczone w czasie. Dzieci wielokrotnie stosują dysocjacyjne reakcje obronne, takie jak: depersonalizacja, odcinanie się emocjonalne, amnezja.

Powtarzane reakcje stają się stałym elementem ich osobowości. Towarzyszą im **negatywne emocje**, jak wściekłość, nieustający smutek, brak silnych emocji. Wściekłość połączona z poczuciem bezsilności powoduje tworzenie wzorca agresywnych zachowań. Przy takich obronach zrozumiałe jest, że dzieci doświadczające chronicznej traumy mało mówią o sobie i często mają trudności z opowiedzeniem swojej historii. Trudności te są nasilane przez obronne postawy dorosłych, którzy uważają, że dziecko łatwiej zapomni o urazowym doświadczeniu, jeżeli nie będzie się z nim o tym rozmawiało.

Poza opisem specyficznych cech traumy u dzieci ważnym problemem jest wyjaśnienie

mechanizmów powstawania i utrzymywania się objawów potraumatycznych. Jedną z propozycji jest model traumatogennych czynników Finkelhora i Browne

(1985), opracowany dla wyjaśnienia skutków traumy seksualnej u dzieci. Można go również wykorzystać do wyjaśniania skutków innych wydarzeń traumatycznych.

## Model traumatogennych mechanizmów Finkelhora i Browne

Autorzy wyjaśniają powstawanie i utrzymywanie się objawów psychopatologicznych po wykorzystywaniu seksualnym poprzez cztery czynniki:

- 1) poczucie zdrady,
- 2) traumatyczną seksualizację,
- 3) stygmatyzację,
- 4) poczucie bezsilności.

Każdy z tych czynników zmienia *dziecięcą poznawczą i emocjonalną orientację w świecie i tworzy traumę poprzez zniekształcenie dziecięcego poczucia samego siebie, widzenia świata i możliwości kontroli i wpływu* (Finkelhor, Browne 1985, s. 531).

**Zalamanie zaufania** do dorosłych w wyniku nadużycia bądź wiktymizującego nierozpoznawania sygnałów wykorzystywania przez otoczenie i brak dostatecznego wsparcia naruszają poczucie bezpieczeństwa u dzieci. Przejawia się to w podwyższonym poziomie lęku, trudnościach w nawiązywaniu głębokich, pozytywnych relacji z innymi ludźmi.

U podstaw **poczucia bezsilności** leży zniekształcone poczucie kontroli nad własnym życiem, będące konsekwencją naruszenia woli dziecka, nieuwzględniania jego pragnień oraz nieskutecznych wysiłków

dziecka zmierzających do uniknięcia przemocy i ujawniania krzywdzenia. Poczucie bezsilności, wywodzące się z traumatycznej sytuacji przenosi się na inne trudne sytuacje. Towarzyszą mu objawy depresyjne oraz skłonność do nadużywania substancji psychoaktywnych i zaburzenia jedzenia.

Dziecko seksualnie wykorzystywane czuje się napiętnowane tym, co go spotkało. Przeżywa wstyd, poczucie winy, poczucie splamienia, grzeszności, zła. To doświadczenie traumatyczne **stygmatyzuje dziecko**, wyznacza jego nastawienie do siebie i leży u podstaw zachowań autodestrukcyjnych w postaci prób samobójczych, samouszkodzeń, nadużywania substancji psychoaktywnych.

Dla sytuacji nadużycia seksualnego specyficznym czynnikiem jest **traumatyczna seksualizacja**, czyli proces kształtowania wzorca seksualności nieodpowiedni do wieku i poziomu rozwoju dziecka. Pojawia się szereg objawów psychopatologicznych i zachowań seksualnych, jak: nasilona masturbacja, erotyzowanie relacji z otoczeniem, a w życiu dorosłym kontakty seksualne z przypadkowymi partnerami bądź stosowanie przemocy seksualnej czy zaburzenia psychoseksualne.

## Syndrom przystosowania dziecka seksualnie molestowanego Rolanda Summita

W analizie zachowania dziecka molestowanego seksualnie można posłużyć się też prostym modelem, zaproponowanym i opisanym w 1983 r. przez klinicystę lekarza – Rolanda Summita (1983). W modelu tym zawarte są najbardziej typowe reakcje dzieci, które składają się na tzw. **syndrom przystosowania dziecka seksualnie molestowanego** (*the child*

*sexual abuse accommodation syndrome*). Wartościowa w tym modelu jest możliwość uporządkowania i powiązania pozornie sprzecznych zachowań dziecka, pojawiających się w sytuacji traumy seksualnej, a także możliwość wyjaśnienia i zaakceptowania reakcji dziecka na krzywdę, trudnych do zrozumienia przez dorosłych.

Model ten jest szczególnie użyteczny przy wyjaśnianiu zachowań dzieci w rodzinach kazirodczych. Na tzw. syndrom przystosowania składają się – według Summita – różnorakie zachowania, ujęte w wyodrębnione przez niego pięć kategorii:

- 1) tajemnica,
- 2) bezradność,
- 3) pułapka i przystosowanie,
- 4) opóźnione i nieprzekonywujące ujawnianie,
- 5) wycofanie.

Proces przystosowania jest nieuchronny w sytuacji, gdy dziecko czuje się zmuszone do dostosowania się bez skarg do seksualnych wymagań sprawcy, a wykozystanie ma charakter chroniczny.

**Tajemnica** – w znaczącej większości dzieci seksualnie wykorzystywane utrzymują ten fakt w tajemnicy. Sprawca dąży do jej utrzymania. Dostarcza on dziecku mało logicznych, nieadekwatnych racjonalizacji, służących jego ochronie, które wywołują w dziecku poczucie zagrożenia i lęk, związany już nie z samym nadużyciem, ale z konsekwencjami ujawnienia go.

Tajemnica staje się źródłem lęku: *to jest nasz sekret; nikt nie może się o tym dowiedzieć; nie mów nikomu; nie mów matce, bo ona mnie znenawidzi (...) bo ona wyrzuci cię z domu; bo ona zabije cię; to ją zabije; rodzina się rozpadnie, a ty pójdziesz do domu dziecka; ona wyrzuci mnie z domu, jeżeli powiesz komukolwiek; przestanę cię kochać; zabiję twojego psa; zabiję ciebie.* Tajemnica stanowi zarazem obietnicę bezpieczeństwa: *wszystko będzie dobrze, jeżeli nie powiesz.* W dziecku buduje się przeświadczenie, że *straszne jest to, co się stało, ale jeszcze gorsze będzie to, co się stanie, jeżeli powiem.*

Tajemnica nabiera magicznych, niekiedy monstrualnych rozmiarów dla dziecka. Nawet dziecko, które nie ma świadomości znaczenia charakteru seksualnych zachowań i nie jest nimi zakłopotane, i tak zostaje naznaczone wszechoogarniającą tajemnicą, która staje się źródłem zagrożenia i zła.

Obronne milczenie dzieci, uwikłanych w tajemnicę, jest w opozycji do deklarowanych oczekiwań dorosłych, że ofiara powinna szukać pomocy. Istotne dla późniejszych reakcji dziecka są opinie, jakie słyszy już po ujawnieniu. Są one niekiedy bardziej bolesne niż podstawowa wiktyimizacja: *dla czego mi nie powiedziałaś; dla czego to ukrywałaś; dla czego czekałaś do teraz; jeżeli rzeczywiście zdarzyło się to dawno, jak możesz oczekiwać, że uwierzę w tę fantastyczną historię.*

**Bezradność** – bardzo często dorośli oczekują, że dziecko będzie w stanie chronić się samo, a w razie zaistniałej krzywdy natychmiast ją ujawni i zwróci się o pomoc. Te oczekiwania nie uwzględniają podporządkowania i bezradności dzieci w relacji z autorytetem. Dzieciom daje się częściej przyzwolenie na unikanie czy przeciwstawianie się obcym, ale wymaga się od nich posłuszeństwa i czułości wobec tych, którzy się nimi opiekują.

Następstwem oczekiwań dorosłych, że dziecko potrafi się samo ochronić, może być przekonanie, że skoro dzieci nie mówią o tym, co się wydarza, to wyrażają zgodę na seksualne relacje. Nie zwraca się uwagi na fakt, że dziecko nie ma możliwości powiedzenie „nie” dorosłemu i antycypowania konsekwencji seksualnych kontaktów z dorosłym.

Dodatkowo funkcjonują stereotypy o zachowaniach ofiary w sytuacji napaści, czy krzywdzenia: powinna krzyczeć, prosić o pomoc lub usiłować uciec. Żadne dziecko nie sprostą tak przyjętym standardom zachowań. Bezsilność dziecka wobec zachowań dorosłego wynika nie tylko z przewagi fizycznej, ale także z zagrożenia utratą miłości lub utratą bezpieczeństwa rodziny. To niebezpieczeństwo utraty ważnych obiektów przywiązania jest dla dziecka bardziej zagrażające niż zagrożenie płynące z przemocy. Kiedy nie udaje mu się ochronić siebie, zaczyna postrzegać siebie jako bezradne.

Dorośli mogą mieć trudności w empatycznym rozumieniu dziecięcej bezradności, gdyż sami bardziej akceptują siłę niż sła-

bość i bezradność, od której się dystansują. Dorośli uważają też, że – podobnie jak oni, dziecko ma wybór, a więc skoro nie przeciwstawia się, to staje się współwinne temu, co się z nim dzieje.

**Pułapka i przystosowanie** – dla dziecka będącego w relacji zależności, seksualne nadużycie jest nie tylko minionym wydarzeniem, jest też terażniejszością. Dorosły-sprawca może zamęczać przeproszaniem, obwinianiem, straszeniem i zapewnieniem, że już nigdy nadużycie nie powtórzy się. Jeżeli dziecko nie szuka samo pomocy (a jak opisano wcześniej jest to zadanie przekraczające możliwości dziecka) i nie otrzymuje ochrony ze strony otoczenia, czuje się bezradne i znajduje się w pułapce.

Zdrowe, normalne, emocjonalnie wytrzymałe dziecko, aby przetrwać zaczyna przystosowywać się do rzeczywistości trwającego nadużycia. To, co jest etykietowane jako objawy psychopatologii u adolescenta lub dorosłego, w sytuacji wykorzystywania seksualnego należy traktować jako naturalną reakcję zdrowego dziecka na głęboko nienaturalne i niezdrowe środowisko rodzinne.

Dziecko uruchamia szereg mechanizmów obronnych, np. idealizację rodzica-sprawcy, ponieważ spostrzeganie go jako osoby bezwzględnej byłoby równoznaczne z poczuciem totalnego osamotnienia i porzucenia, co stanowi zagrożenie dla równowagi psychicznej. Jedyną alternatywą możliwą do zaakceptowania przez dziecko staje się wytworzenie przekonania, że to ono spowodowało te bolesne wydarzenia i nadzieja, że jeżeli będzie podporządkowane,

zasłuży na miłość i akceptację. Nawet jeżeli dziecko uzna, że rzeczywiście rodzic jest zły, to aby przetrwać tworzy iluzyjny, wyidealizowany obraz dobrego rodzica. Następuje splątanie myślowe: zło jest rejestrowane, ale nazywane jako dobro. Nieuchronnie doprowadza to do pomieszczenia wartości moralnych. Utrzymywanie kłamstwa – tajemnicy rodzinnej – staje się najwyższą wartością, podczas gdy powiedzenie prawdy staje się największym grzechem.

**Nieprzekonywujące próby ujawnienia** – ujawnienie wykorzystywania jest procesem. Dzieci często sygnalizują o zagrożeniu w taki sposób, że rodzice nie odbierają tych sygnałów albo je niewłaściwie interpretują. Te mało precyzyjne sygnały wynikają nie tylko z trudności w werbalizacji urazowych doświadczeń, ale także z natury procesów spostrzegania, jak i pamięci w sytuacji traumatycznej.

**Wycofanie** – w sytuacji nie odczytania sygnałów przez otoczenie dziecko wycofuje się z dalszego ujawniania. Wycofuje się też wtedy, kiedy wina za nadużycie zostaje jemu przypisana lub też koszty ujawnionej krzywdy powodują dla niego bardzo przykre konsekwencje, np. zabranie go z domu.

Dzieci przedkładają minimalne bezpieczeństwo w znanej, choć krzywdzącej sytuacji nad to, co je w nowej sytuacji rani. Kiedy dzieci upewniają się, że nikt w otoczeniu nie jest po ich stronie, zamykają problem i ponownie wraca on dopiero wtedy, kiedy dodatkowy czynnik zewnętrzny uruchomi znowu proces ujawniania.

## Zastosowanie wiedzy o traumie dziecięcej przy ocenie dziecka-ofiary traumy w roli świadka

### Trauma a pamięć

Funkcje pamięciowe – zapamiętywanie, przechowywanie i odtwarzanie – które ocenia się w badaniu sądowo-psychologicznym są kluczowe w zaburzeniach posttraumatycznych. Psychotraumatolodzy są zgodni, że u dzieci – podobnie jak u dorosłych

– procesy pamięciowe w sytuacjach traumatycznych różnią się od pamięci w sytuacjach o niskim poziomie stresu. Różnice te wynikają z neurobiologicznych podstaw reakcji traumatycznej innych niż w sytuacji stresowej. Duże emocjonalne pobudzenie



w momencie traumy przeszkadza w efektywnym werbalnym zapamiętywaniu, natomiast bezsłowne zapamiętanie wrażeń i doznań uczuciowych pozostaje niezmiennym przez długi czas, a nawet – jak piszą neurobiolodzy – trwale odciskają się w mózgu niczym wypalone piętna (Teicher 2002; LeDoux 2000).

Traumatyczne doświadczenia są zakodowane jako odczucia, wrażenia, które nie przekształcają się w formę narracyjną. W zespole stresu pourazowego występują różne formy zniekształceń pamięci w postaci intruzywnych wspomnień (hypermnezja) bądź czasowej niepamięci (amnezja).

Van der Kolk (1995) wyróżnił kilka form zaburzeń pamięci po wydarzeniach traumatycznych: amnezję, osłabienie pamięci ogólnej, procesy dysocjacji, sensomotoryczne zapamiętanie wydarzeń traumatycznych. Pojedyncze wydarzenia traumatyczne są lepiej zapamiętywane niż powtarzająca się trauma. Lepsza jest także pamięć w przypadku traum spowodowanych naturalnymi katastrofami. Dzieci, częściej niż dorośli, będą miały trudności z przypominaniem sytuacji traumatyzującej, zwłaszcza te, które były zmuszane do utrzymywania tajemnicy, jak również te, które były w sytuacji chronicznej traumy i wychowywały się w zależności od krzywdzących je dorosłych. U tych dzieci częściej wystąpią dysocjacyjne zaburzenia pamięci.

Dla przedstawicieli wymiaru sprawiedliwości przy zbieraniu zeznań istotna jest pamięć narracyjna (inaczej deklaratywna, werbalna, *explicite*), dzięki której można świadomie przypomnieć sobie i odtworzyć fakty. Trudność polega na tym, że pamięć wydarzeń traumatycznych ma bardziej charakter sensoryczno-emocjonalny, mniej natomiast werbalny i narracyjny. Dodatkowo pamięć wydarzeń traumatycznych jest rozczłonkowana, fragmentaryczna, co sprawia że odtworzenie pamięciowe faktów jest pogorszone, skąpe, mało czytelne.

Wydaje się, że właśnie wiedza psychologiczna na temat specyfiki procesów pa-

mieci w sytuacjach traumatycznych może z pożytkiem być wykorzystana przy ocenie dokładności i psychologicznej spójności zeznań dziecka. Można zaryzykować stwierdzenie, że pamięć emocjonalna faktów powstała w sytuacji traumy uwiarygodnia od strony psychologicznej narację dziecka.

Na ogół schematyczny, niezmienny sposób odtwarzania faktów budzi podejrzenie o sztuczność, ponieważ dzieci nie mówią w taki sposób. Natomiast u dzieci po wydarzeniach traumatycznych należy zachować dużą ostrożność w interpretacji. W sytuacji ostrej traumy opowiadania dzieci są właśnie dość dokładne i niezmiennie mimo upływu czasu. Dzieci „widzą” szczegółowo to, co się im wydarzyło i mogą być dobrymi świadkami, gdyż nie zapominają szybko szczegółowych wspomnień. Natrętne, powtarzające się wspomnienia, które są jednym z objawów PTSD, nie są sfabrykowane. Jasne, spójne sprawozdanie z traumatycznego doświadczenia może być uzyskane w przeciągu kilku spotkań. Pojawiające się zniekształcenia spostrzeżenia dotyczą głównie czasu i szczegółów kontekstu sytuacyjnego. Dziecko pamięta szczegółowo samo doświadczenie, mniej zaś jego kontekst.

Okazuje się, że od ofiary traumy chronicznej można uzyskać mniej informacji niż od ofiary ostrej traumy. Wspomnienia blakną, są wypierane, bądź mają charakter fragmentaryczny. Mniej jasne i szczegółowe wspomnienia są w tej sytuacji obronną funkcją pamięci, dlatego też psycholog nie traktuje ich jako niewiarygodnych odtworzeń faktów, lecz jako obronne niekompletne przypomnienie.

Z reguły z dziećmi-ofiarami chronicznej traumy potrzeba więcej spotkań niż z dziećmi w ostrej traumie po to, aby w bezpiecznym kontakcie móc scalić fragmentaryczne wspomnienia traumatycznych doświadczeń. Potrzebnych jest też więcej narzędzi i wsparcia psychologicznego, aby przebić się przez obrony pamięci. Zasadą jest jednorazowe przesłuchanie dziecka jako

świadka, natomiast w celu wydania opinii badanie psychologiczne powinno być rozciągnięte w czasie.

### **Trauma a nawiązanie bezpiecznego kontaktu**

W psychologii sądowej podkreśla się rolę dobrego kontaktu przy przeprowadzaniu wywiadu. Usiłuje się również zwrócić uwagę na niebezpieczeństwo uzyskania od dziecka niepoprawnych informacji, gdyż dziecko ze względu na pozytywne wzmocnienia emocjonalne ze strony badającego może mówić to, co według niego dorosły chce usłyszeć (Memon i in. 2003).

Z dziećmi-ofiarami traumy interpersonalnej sprawa jest jeszcze bardziej skomplikowana. W sytuacji traumatycznej ofiara jest sprowadzona do roli przedmiotu, traci nie tylko poczucie bezpieczeństwa, ale i zaufanie do innych. Nawet jeżeli werbalnie deklaruje gotowość współpracy, jest ostrożna i skłonna do szybkiego wycofywania swojego zaufania.

Nawiązaniu podmiotowej relacji sprzyja wyjaśnienie celu i przedmiotu przeprowadzanego badania w sposób dostosowany do wieku dziecka. Zbudowanie względnie bezpiecznej relacji w sytuacji ofiar traumy

jest wręcz etycznym wymogiem badania psychologicznego, gdyż ofiary opowiadając to, co im się przydarzyło, ponownie to przeżywają. Czasami trzeba więc dziecku zapewnić ochronę, wsparcie i pomoc w radzeniu sobie z gwałtownymi, destrukcyjnymi uczuciami.

Trzeba również umieć rozpoznawać pojawianie się oporu i typowych dla zaburzeń potraumatycznych silnych tendencji do unikania przypominania i mówienia o traumatycznych doświadczeniach. Nie tak rzadko obserwuje się u dzieci unikowe reakcje w postaci milczenia, zmiany tematu rozmowy, aktywności, nastroju, pojawienia się niepokoju, w częstych odpowiedziach „nie wiem”. Małe dzieci zaczynają być bardzo ruchliwe, biegają wkoło, zaczynają płakać, chcą wrócić do rodziców. Rozumienie adaptacyjnej funkcji tych unikowych reakcji dzieci-ofiar traumy (ochrona przed powrotem do bolesnych wspomnień) pozwala na nie stosowanie jakichkolwiek form przymusu czy zawstydzania dziecka i zapobiega jego wtórnej wiktyimizacji. Ważne jest wytworzenie i zachowanie wspierającego kontaktu bez nagradzania bądź karania różnych zachowań i wypowiedzi dziecka.

## **Trudności diagnostyczne zaburzeń potraumatycznych u dzieci**

Diagnoza reakcji potraumatycznych u dzieci i ich różnicowanie z różnego rodzaju zaburzeniami psychicznymi jest procesem bardziej złożonym niż u dorosłych. Wpływ wydarzenia traumatycznego jest bardzo zróżnicowany i zindywidualizowany. Obserwowane reakcje i zaburzenia psychopatologiczne rozciągają się między brakiem negatywnych efektów a bardzo niekorzystnymi reakcjami z poważną psychiatryczną symptomatologią (Kendall-Tackett i in. 1993).

Trudności diagnostyczne skutków wydarzenia traumatycznego wynikają z poziomu rozwoju dziecka i jego ograniczonych możliwości werbalizowania swoich stanów

psychicznych. Najczęstsze zaburzenie w postaci zespołu stresu pourazowego wymaga różnicowania z innymi zaburzeniami lękowymi, a także ze współistniejącymi innymi zaburzeniami, np. z nadpobudliwością psychoruchową, nadużywaniem substancji psychoaktywnych, objawami depresyjnymi w postaci pesymizmu, wycofywania się z kontaktów społecznych.

W wielu przypadkach fizycznego znęcania się oraz seksualnego wykorzystywania nie można postawić pełnej diagnozy zespołu stresu pourazowego. Można raczej stwierdzić niepełnoobjawowy zespół stresu pourazowego z typowymi cyklami intruzywnych powtarzających się

odtworzeń i unikania traumatycznych wspomnień z towarzyszącym pobudzeniem. Badacze sugerują, że około 50% dzieci seksualnie wykorzystywanych przejawia częściowe, nie pełne kryteria zespołu stresu pourazowego (McLeer i in. 1992).

Dzieci mogą więc wykazywać poważną symptomatologię zaburzeń potraumatycznych, nie wypełniając ściśle kryteriów diagnostycznych DSM-IV, gdyż aktualne kryteria PTSD nie uwzględniają rozwojowej symptomatologii zespołu stresu pourazowego.

W badaniach nad dziećmi seksualnie wykorzystywanymi zwrócono jeszcze uwagę na grupę dzieci tzw. bezobjawowych. Dane z badań sugerują, że około 40% dzieci wykazuje niewiele symptomów mierzonych przez standardowe metody kliniczne. Większość dzieci nie wykazuje zaburzeń emocjonalnych i behawioralnych na poziomie klinicznym (Kendall-Tackett i in. 1993). Ta grupa dzieci-ofiar traumy seksualnej stanowi nie tylko problem terapeutyczny, ale także diagnostyczny: jak odróżnić dzieci

dobrze funkcjonujące od dzieci, u których trauma jest wprawdzie poważna, ale jej skutki są niewidoczne i wyparte, a więc nie pojawiają się widoczne objawy.

Próbuje się też ustalić, jakie czynniki pośredniczą w formowaniu się i utrzymywaniu objawów zaburzeń potraumatycznych. Zwracano uwagę na cechy samego wydarzenia, reakcję otoczenia (szczególnie rodziców) i upływ czasu od wydarzenia, a także na zmienne związane z samym dzieckiem (cechy temperamentalne, rodzaj atrybucji, płeć, wiek). Przykładowo, w grupie dzieci seksualnie wykorzystywanych silna, negatywna reakcja emocjonalna rodziców, stopień i rodzaj wsparcia, jakie rodzice zapewniają dziecku po nadużyciu oraz natura atrybucji, które tworzą rodzice (chodzi o odpowiedzialność za nadużycie) są silnymi predyktorami trudności emocjonalnych i behawioralnych (Cohen, Mannarino 2000). Stwierdzono również, że dzieci, których rodzice mają wobec nadużycia postawę zaprzeczania i unikania, gorzej się leczą.

## Szczegółowe kwestie diagnostyczne w ocenie dzieci-ofiar traumy

Poza typowymi obszarami badania psychologicznego w przypadku dzieci-ofiar traumy szczegółowej analizy wymagają objawy psychopatologiczne i zmiany w zachowaniu, a także czynniki sytuacyjne i osobowościowe, które mają wpływ na ich pojawienie i utrwalanie. Trzeba zwrócić uwagę na charakterystykę samej sytuacji traumatycznej, na historię innych traumatycznych doświadczeń, postawę rodziców i otoczenia wobec dziecka po wydarzeniu traumatycznym. W przypadku seksualnego

wykorzystania ważne są też: upływ czasu od wykorzystania do momentu ujawnienia, kontekst ujawnienia oraz reakcja kryzysowa dziecka i rodziny na ujawnienie.

Poza klasyczną oceną poziomu rozwoju poznawczego i emocjonalnego, ważna jest też ocena stopnia rozumienia przyczynowości, odpowiedzialności, sprawiedliwości i winy, którymi posługuje się dziecko a także ocena systemu wsparcia rodzinnego, rówieśniczego, szkolnego i ze strony różnych instytucji (Webb 1991).

*The article presents the characteristics of children's post-traumatic disorders, as well as models explaining the emergence and persistence of symptoms. The authors discuss how knowledge about child trauma may be used in evaluating child witnesses.*

## Literatura

- Briere J. N. (1992), *Child abuse trauma: theory and treatment of the lasting effects*, Sage, London.
- Cicchetti D., Toth S. (1995), *A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect*, „Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry” nr 34, s. 541–565.
- Cohen J.A., Mannarino A.P. (2000), *Predictors of treatment outcome in sexually abused children*, „Child Abuse and Neglect” nr 24, s. 983–994.
- Edwards J.H., Rogers K.C. (1997), *The traumatic events screening inventory: assessing trauma in children*, w: G.K. Kantor, J.L. Jasiński (red.), *Out of the darkness*, Sage, London, s. 113–118.
- Everstine D.S., Everstine L. (1993), *The Trauma Response. Treatment For Emotional Injury*, W.W. Norton & Company, New York, London.
- Finkelhor D., Browne A. (1985), *The traumatic impact of child sexual abuse: A Conceptualization*, „American Journal of Orthopsychiatry” nr 55, s. 530–540.
- Friedrich W.N. (2002), *Bezpośrednie konsekwencje wykorzystania seksualnego dzieci – przegląd literatury*, „Dziecko krzywdzone” nr 1, s. 29–39.
- Goodman R., Scott S. (2000), *Psychiatria dzieci i młodzieży*, Wydawnictwo Medyczne Urban&Partner, Wrocław.
- Gordon R., Wraith R. (1993), *Responses of children and adolescents to disaster*, w: J.P. Wilson, B. Raphael (red.), *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*, Plenum Press, New York, s. 561–575.
- Herman J.L. (1998), *Przemoc – uraz psychiczny i powrót do równowagi*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Krystal H. (1978), *Trauma and affects*, „Psychoanalytic Study of the Child” nr 33, s. 81–116.
- Kendall-Tackett K.A., Williams L.M., Finkelhor D. (1993), *Impact of sexual abuse in children: A review and synthesis of recent empirical studies*, „Psychological Bulletin” nr 113, s. 164–180.
- LeDoux J. (2000), *Mózg emocjonalny*, Media Rodzina, Poznań.
- MacFarlane K., Feldmeth J.R i in. (2002), *Wykorzystanie seksualne dzieci. Prześluchanie i diagnoza matego dziecka*, Fundacja Dzieci Niczyje, Warszawa.
- McLeer S.V., Deblinger E., Henry D., Orvaschel H. (1992), *Sexually abused children at high risk for PTSD*, „Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry” nr 31, s. 875–879.
- Memon A., Vrij A., Bull R. (2003), *Prawo i psychologia*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Pynoos R.S., Nader K. (1993), *Issues in treatment of posttraumatic stress in children and adolescents*, w: J.P. Wilson, B. Raphael (red.), *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*, Plenum Press, New York, s. 535–549.
- Rosenhan D.L., Seligman M.E.P. (1994), *Psychopatologia*, Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa.
- Rutkowski K. (2001), *Zaburzenia snu w zespole stresu pourazowego*, Wydawnictwo Oddziału Polskiej Akademii Nauk Wydawnictwo Pandit, Kraków.
- Summit R.C. (1983), *The child sexual abuse accommodation syndrome*, „Child Abuse and Neglect” nr 7, s. 177–193.
- Teicher M.H. (2002), *Neurobiologia przemocy*, „Świat Nauki” nr 5, s. 62–69.
- Terr L.C. (1995), *Childhood traumas: an outline and overview*, w: G.S. Everly, J.M. Lating (red.), *Psychotraumatology. Key papers and core concepts in post-traumatic stress*, Plenum Press, New York, s. 301–320.
- Webb N.B. (1991), *Play therapy with children in crisis*, The Guilford Press, New York London.
- Van der Kolk B.A., Fisler R. (1995), *Dissociation and Fragmentary Nature of Traumatic Memories. Overview and Exploratory Study*, „Journal of Traumatic Stress” nr 4, s. 505–525.