

Wanda Badura-Madej
Zakład Psychologii Zdrowia CMUJ
Ośrodek Interwencji Kryzysowej, Kraków

Interwencje terapeutyczne wobec dzieci – ofiar przestępstw

W artykule zostaną omówione dwa modele następstw wydarzeń traumatycznych u dzieci: model kliniczny, oparty na koncepcji zespołu stresu pourazowego oraz model holistyczny, zwracający uwagę na czynniki sprzyjające zdrowieniu po traumie, takie jak sprężystość oraz poczucie ciągłości, oraz wynikające z nich implikacje terapeutyczne. Modele te są użyteczne do prowadzenia interwencji terapeutycznych wobec dzieci – ofiar przestępstw.

Interwencje terapeutyczne wobec dzieci – ofiar przestępstw nie są wcale łatwym zadaniem dla specjalistów – psychoterapeutów, psychologów czy pedagogów, którzy profesjonalnie udzielają pomocy psychologicznej. Można nawet powiedzieć, że stanowią rodzaj wyzwania terapeutycznego.

Z jednej strony wzrosła społeczna świadomość psychologicznych, zdrowotnych i społecznych skutków kryminalnej wiktymizacji nie tylko osób dorosłych, ale i dzieci, a także świadomość potrzeb osób poszkodowanych w zakresie pomocy psychologicznej. Z drugiej strony okazuje się, że specjaliści zajmujący się zdrowiem psychicznym i pomocą psychologiczną, pracujący w poradniach zdrowia psychicznego, poradniach psychologiczno-pedagogicznych, w strukturach pomocy społecznej i w centrach psychoterapii nie są do tego przygotowani. Problemy dzieci – ofiar przestępstw nie mieszczą się bowiem w ramach klasycznej psychopatologii, w tradycyjnych kategoriach diagnostycznych psychiatrii wieku rozwojowego, a więc i metody leczenia z nich wynikające okazują się mało efektywne.

Gdyby oceniać aktualny stan opieki terapeutycznej nad dziećmi – ofiarami przestępstw, można by zaryzykować stwierdzenie, że obecnie łatwiej rozpoznać i ujawnić np. fakt wykorzystywania seksualnego, niż później zapewnić dziecku i jego rodzinie fachową pomoc psychologiczną. Dlaczego tak się dzieje? Można wymienić kilka powodów:

- 1) brak wspólnego języka między specjalistami,
- 2) stereotyp pracy gabinetowego psychologa,
- 3) kontekst społeczny pomocy udzielanej ofiarom przestępstw.

Interwencje terapeutyczne są bardziej skuteczne, jeżeli służby, które stykają się z dzieckiem – ofiarą przestępstwa (pracownicy wymiaru sprawiedliwości, biegli, pedagodzy, pracownicy pomocy społecznej, służby zdrowia), posługują się wspólną terminologią i wiedzą empiryczną, dotyczącą mechanizmów i skutków zdrowotnych i psychologicznych wydarzeń krytycznych, za jakie można uznać bycie ofiarą przestępstwa. Łatwiej wtedy o współpracę, rzadsze są wtedy postawy rywalizacyjne.

Warto również zwrócić uwagę na ważny czynnik, jakim jest obciążenie emocjonalne terapeuty, zajmującego się dziećmi wiktyimizowanymi. Terapia tych dzieci nie tylko obciąża emocjonalnie terapeutę, ale jest też zajęciem „niewygodnym”, skazującym na dylematy związane z poufnością czy też na konieczność występowania w sądzie jako świadek. Wymaga to wyjścia z bezpiecznego gabinetu psychoterapeuty, zaangażowania i współpracy z innymi służbami, rodzi pytania o neutralność psychoterapeutyczną.

Przy udzielaniu pomocy psychologicznej bardzo ważny jest także sprzyjający klimat społeczny do prowadzenia terapii. Chodzi tu o postawy wobec ofiar – nie tylko wobec dzieci, ale i dorosłych. Ostatnie trzydzieści lat XX wieku to okres wzrostu zainteresowania ofiarami przestępstw. Oczywiście ofiary przestępstw nie stały się wtedy nowym przedmiotem zainteresowań kryminologów i psychologów. W tych latach nastąpiła tylko istotna zmiana w stawianych pytaniach. Odeszło się od tradycyjnych pytań o cechy osobowości, które usposabiają do bycia ofiarą, a zaczęto opisywać bezpośrednio i odległe skutki wiktyimizacji kryminalnej oraz analizować je pod kątem ich konsekwencji dla czynności dochodzeniowych i postępowania sądowego. Do wzrostu zainteresowania problematyką ofiar przyczynił się w latach 70. znaczny wzrost liczby przestępstw w Stanach Zjednoczonych i związane z tym poczucie zagrożenia dużej części społeczeństwa. Skutkowało to licznymi inicjatywami społecznymi i rządowymi. Były powoływane różne grupy robocze, komisje, inicjujące badania po-

pulacyjne ofiar przestępstw. Lata 70. były też okresem dużego zainteresowania maltretowaniem fizycznym i seksualnym wykorzystywaniem dzieci. Na uwagę zasługuje fakt, że równolegle do badań naukowych, a nawet wyprzedzając wyniki, tworzone różne programy pomocy, powstawały pierwsze centra ochrony i pomocy dzieciom krzywdzonym.

W zakresie ochrony i pomocy ofiarom przestępstw w Polsce również można zaobserwować zmiany. Niewątpliwie wiele już się dokonało na poziomie uwrażliwienia i edukacji społecznej – rzadziej zaprzeczają się, że problem ofiar istnieje. Podjęto działania na rzecz ochrony praw ofiar, np. dotyczy to przesłuchiwanie ofiar gwałtu, czy przesłuchiwanie dzieci w godziwych warunkach. Zmiany w świadomości społecznej, dotyczące specyficznych potrzeb ofiar i właściwego ich traktowania, zachodzą jednak bardzo powoli. Dodatkowo specjalistyczne usługi pomocowe są niewystarczające, a same ofiary i ich rodziny często nie mają informacji, gdzie mogą skorzystać z pomocy.

Aby stworzyć system pomocy psychologicznej dostosowany do potrzeb dziecka-ofiary, konieczne jest przyjęcie pewnej koncepcji funkcjonowania człowieka i jego zaburzeń, w ramach której możliwe jest opisanie zdrowotnych konsekwencji kryminalnej wiktyimizacji. Poniżej zostaną przedstawione dwa modele traumy i jej konsekwencji: model kliniczny oraz model holistyczny. Te dwa podejścia do skutków traumy nie wykluczają się, ale uzupełniają i dają podstawy do programowania działań terapeutycznych i prewencyjnych.

Model kliniczny: wydarzenie traumatyczne – reakcja i zaburzenia potraumatyczne oraz implikacje terapeutyczne

Z psychologicznego punktu widzenia przestępstwo jest wydarzeniem krytycznym, czyli takim, które burzy dotychczasowy ład i równowagę, a przy cięż-

kich przestępstwach jest wydarzeniem traumatycznym.

W klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychia-

trycznego DSM – III R z 1987 r. w diagnozie zaburzeń psychicznych wykorzystuje się skale stresorów psychospołecznych, odrębne dla dorosłych oraz dla dzieci i młodzieży. Wyodrębnia się stresory ostre (czas trwania krótszy niż sześć miesięcy) oraz stresory przewlekłe (wydarzenia trwają dłużej niż sześć miesięcy). W sześciostopniowej skali maltretowanie fizyczne, wykorzystywanie seksualne, zaniedbywanie, bycie świadkiem przemocy w obrębie rodziny zostały zakwalifikowane jako stresory skrajne – piąty stopień (Rosenhan, Seligman 1994).

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 oraz zależnie od wieku mogą różnić się rodzajem objawów i ich ekspresją, natomiast ogólne cechy reakcji potraumatycznej są zawsze takie same.

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 doświadczanie 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 odcinanie się w kontaktach z rodzicami i kolegami, obniżona tolerancja na bodźce, unikanie intensywnych emocji;

- 3) objawy pobudzenia związane z sytuacją traumatyczną w postaci wzmożonej czujności, nagłych reakcji przestraszenia, zaburzeń snu, trudności w koncentracji uwagi, pojawianiu się strachu na bodźce przypominające traumę.

Dodatkowo poza wyżej wymienionymi objawami za specyficzne cechy dziecięcych reakcji na wydarzenie traumatyczne uważa się wzrost przywiązania do rodziców i rodzeństwa, 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 (Pynoos, Nader 1993).

Poza definicją zdarzeń traumatycznych według kryteriów DSM w psychotraumatologii funkcjonują jeszcze inne modele traumy u dzieci. Dla opisu i wyjaśnienia specyfiki objawów potraumatycznych u dzieci wiele cennych obserwacji wniosła Lenore Terr (1995). 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). Do wydarzeń traumatycznych Terr m.in. zalicza bycie ofiarą agresywnych przestępstw – gwałt, napad, bycie świadkiem zabójstwa rodzica, bycie ofiarą lub świadkiem przemocy fizycznej i seksualnej.

Terr wyróżnia cechy wspólne dla obu rodzajów traumy – ostrej i chronicznej (typ I i typ II) oraz cechy specyficzne. Wspólne cechy zaburzeń potraumatycznych u dzieci, niezależnie od typu traumy, to szczegółowe, powtarzające się wspomnienia z silną komponentą wyobrażeniowo-zmysłową, powtarzające się zachowania, specyficzne lęki, zmiana postaw wobec ludzi, życia i przyszłości.

W przebiegu zaburzeń po traumie typu I charakterystyczne są wyraziste wspomnienia wydarzenia traumatycznego, poznawcze opracowywanie wydarzenia poprzez poszukiwanie odpowiedzi na pytanie, dlaczego mnie to spotkało, oraz zaburzenia spostrzegania w postaci iluzji, a nawet halucynacji.

W reakcjach potraumatycznych w traumie typu II, wywołanej przez doświadczanie długotrwałych lub powtarzających się zewnętrznych urazowych zdarzeń, dziecko tworzy silne obrony przed dezintegracją *self*. Masywne zaprzeczanie, odrętwienie, identyfikacja z agresorem i autoagresja są powszechnymi reakcjami obronnymi.

Każde dziecko ma swój indywidualny wzorec zaburzeń potraumatycznych. Właściwości psychiczne, takie jak: poznawcza ocena wydarzenia traumatycznego i znaczenie, jakie mu się nadaje, sposoby radzenia sobie, możliwość tolerowania własnych reakcji, zdolność akceptacji zmian, posiadane wsparcie społeczne, pośredniczą między wydarzeniem traumatycznym a reakcją na nie. Powoduje to, że nie u wszystkich dzieci – ofiar traumy rozwijają się zaburzenia potraumatyczne; zaburzenia te będą się różnić nasileniem, czasem trwania, rodzajem objawów. Z badań wynika, że do czynników odpowiedzialnych za nasilenie objawów PTSD u dzieci zalicza się:

- rodzaj wydarzenia traumatycznego
 - występuje wyższy poziom objawów, jeżeli jest to trauma interpersonalna;
- płeć – dziewczęta częściej niż chłopcy rozwijają zespół stresu pourazowego;

- liczbę wydarzeń traumatycznych na przestrzeni życia – najwyższy poziom objawów mają dzieci, które doświadczyły kilku poważnych wydarzeń traumatycznych (Goodman, Scott 2000).

Implikacje terapeutyczne klinicznego modelu traumy

Z klinicznego modelu psychologicznych konsekwencji traumy wynika potrzeba konsultacji diagnostycznych i interwencji terapeutycznych dzieci jak najwcześniej po wydarzeniu (na pewno w przeciągu pierwszego miesiąca), a także celowość ich powtarzania. Przedmiotem diagnozy jest w tym okresie ocena stanu psychicznego i rodzaju reakcji potraumatycznej, wyodrębnienie dzieci z ostrymi zaburzeniami stresowymi (tzw. *Acute Stress Disorder*) a także ocena czynników ryzyka rozwoju zespołu stresu pourazowego (*Post Traumatic Stress Disorder*). Celem interwencji terapeutycznych w pierwszym okresie jest obniżenie nasilenia objawów reakcji potraumatycznej oraz minimalizowanie zagrożeń rozwoju zespołu stresu pourazowego.

Uzasadnieniem podjęcia wczesnej interwencji są nie tylko względy diagnostyczne, ale także zjawisko opisane przez Jacoba Lindy, tzw. membrana traumy. Dla osoby po traumie świat staje się zagrażający, czuje się ona bezbronna, dlatego tworzy ochronę przed własnymi silnymi emocjami w postaci mechanizmów obronnych, a także zawęża kontakt z innymi, chroniąc się przed światem zewnętrznym. Dotyczy to zarówno dorosłych, jak i dzieci.

Również rodzina i bliscy chronią dziecko przed kontaktami z osobami spoza rodziny. Osoba, której udało się w pierwszym okresie po traumie nawiązać kontakt z dzieckiem, staje się dla niego bezpieczna w odróżnieniu od innych. Wielokrotnie sprawdziłam tę prawidłowość, że ilekroć rodzina z dzieckiem docierała w krótkim odstępie czasu od traumy, łatwiej było utrzymać z nią kontakt i wymagała mniejszej liczby spotkań niż kiedy docierała w kilka miesięcy potem.

Kolejnym wnioskiem z modelu klinicznego jest konieczność powtarzania konsultacji, nawet jeżeli w pierwszym okresie nie stwierdzono objawów zaburzeń pourazowych. Wskazane są kilkakrotne konsultacje w przeciągu kolejnych miesięcy w określonych odstępach czasu: w przeciągu pierwszych trzech miesięcy, po trzech miesiącach i po pół roku. Ich celem jest ocena stanu psychicznego (czy nie rozwinął się ostry zespół stresu pourazowego bądź czy po trzech miesiącach nie przeszedł w formę zaburzeń chronicznych) oraz ocena czynników, które powodują nasilenie i utrwalanie objawów potraumatycznych. Wskazana jest też konsulta-

cja po pół roku, nawet jeżeli nie zauważono wcześniej objawów, aby stwierdzić, czy nie pojawiły się objawy odroczonego zespołu stresu pourazowego.

Konieczność powtarzania konsultacji diagnostycznych jest szczególnie wskazana u tych dzieci, które mimo ciężkości wydarzenia traumatycznego nie prezentują objawów pourazowych. W literaturze przedmiotu opisywane jest występowanie dzieci tzw. bezobjawowych (Kendall-Tackett i in. 1993). Pojawia się trudność odróżnienia dzieci rzeczywiście dobrze funkcjonujące od tych, u których skutki traumy są wyparte, a przez to niewidoczne dla otoczenia.

Model holistyczny: wydarzenie traumatyczne – reakcja traumatyczna – zdrowienie

Traumę psychiczną i jej skutki można porównać do traumy fizycznej, uszkodzenia ciała. Przy zranieniu lekarz opatruje ranę, a potem następuje okres gojenia. W procesie zdrowienia mobilizowane są naturalne siły organizmu. Podobnie po traumie psychicznej w procesie dochodzenia do równowagi mobilizowane są zasoby człowieka i jego otoczenia. Przy szukaniu odpowiedzi na pytanie, co warunkuje zdrowienie, można odwołać się do holistycznego modelu traumy. Przykładem takiego podejścia do traumy jest koncepcja Mooli Lahada, w którym ważne są dwa konstrukty psychologiczne: sprężystość i poczucie ciągłości (Lahad, Rogel 2003).

W modelu tym zakłada się, że organizm posiada mechanizmy samostabilizujące, które prowadzą do zatrzymania zaburzonej reakcji, choć pod wpływem ostrego stresu występuje czasowa oscylacja zachowania na osi zdrowie – zaburzenie bądź dysfunkcja. Sprężystość (*resiliency*) oznacza takie właściwości psychofizyczne, które warunkują powrót do równowagi po doświadczeniu traumy. Można je rozpatrywać na poziomie poznawczym, afektywnym, społecznym, zachowania i fizycznym.

Według psychotraumatologów posługujących się tym pojęciem, do dużej sprężystości zapewniającej radzenie sobie po traumie, należą takie właściwości, jak:

- wyższy niż przeciętny poziom inteligencji,
- niska tendencja do unikania oraz brak poczucia fatalizmu,
- przekonanie o samoskuteczności i poczucie własnej wartości,
- aktywne działanie, a nie tylko emocjonalne reagowanie,
- stabilne więzi z innymi i pozytywne doświadczenie w kontaktach zarówno jeżeli chodzi o liczbę, ale także o jakość wsparcia społecznego,
- cechy temperamentalne, które określają indywidualną odporność i reaktywność na bodźce,
- silne więzi dziecko – rodzice, nawet jeżeli rodzice są w permanentnej niezgodzie,
- umiejętność odraczania gratyfikacji,
- ciekawość i żywa wyobraźnia,
- klimat wychowawczy skierowany na osiągnięcie autonomii,
- społeczne kompetentne zachowanie mimo chronicznego stresu, w tym poczucie przydatności, potrzeby, popu-

larność wśród rówieśników, branie odpowiedzialności za zachowanie rodzeństwa, niekiedy za chorych rodziców,

- fizyczna atrakcyjność (szczególnie u dziewcząt).

Drugim elementem składowym w modelu traumy według Lahada jest pojęcie ciągłości. Według Janoff-Bulmann (1992) posługujemy się podstawowymi schematami poznawczymi, zapewniającymi nam poczucie bezpieczeństwa w świecie. Są to schematy myślenia, że świat jest w miarę bezpiecznym miejscem do życia, jest przewidywalny, zrozumiały i uporządkowany, a każdy człowiek ma swoją podstawową wartość jako osoba i dlatego człowiekowi szlachetnemu, dobremu nic złego nie może się przytrafić. Te schematy poznawcze pozwalają nam planować, przewidywać, wyjaśniać, a więc tworzą poczucie ciągłości siebie, własnego *ja* i życia. Poczucie ciągłości realizuje się w czterech wymiarach, które Lahad nazywa mostami między wczoraj a jutro:

- wymiar poznawczy, który zawiera poczucie realności, logicznej ciągłości, normy, zasady, rozumienie procesów i wydarzeń, nadawanie sensu, znaczenia;
- wymiar pełnionych ról rodzinnych, zawodowych, społecznych;
- wymiar społecznych relacji, obejmujący więzi z innymi, poczucie przynależności do grupy;
- wymiar personalny, czyli poczucie osobistej ciągłości: co wiem o sobie, o moim usposobieniu, jak funkcjonuję na co dzień.

Naruszenie bądź zniszczenie poczucia ciągłości przejawia się w poszczególnych wymiarach następująco:

- Przerwanie ciągłości poznawczej wyraża się w zaburzonej ocenie rzeczywistości, ludzie często mówią: nie rozumiem, co się stało, jak do tego doszło.

Implikacje terapeutyczne: należy wyjaśnić w prosty sposób, to, co się stało, podać informacje (ale nie bombardować informacjami), powiedzieć prawdę na tyle, na ile

osoba jest w stanie ją przyjąć przy ograniczonych możliwościach poznawczych w stanie szoku, powiedzieć, co w najbliższych dniach trzeba zrobić, nakierować na przywrócenie rutynowych czynności.

- Przerwanie ciągłości społecznej polega na separacji, oddzieleniu, zerwaniu więzi (nie jestem z rodziną, gdzie są inni).

Implikacje terapeutyczne: towarzyszenie osobie strauatyzowanej, udzielanie wsparcia.

- Przerwanie ciągłości w zakresie pełnionych ról wyraża się poczuciem zagubienia (nie wiem, czego ode mnie oczekują).

Implikacje terapeutyczne: przydzielenie drobnych, ale możliwych do wykonania zadań.

- Przerwanie poczucia ciągłości własnego życia, wyrażające się w przekonaniu, że życie nie będzie nigdy takie samo, jak przed wydarzeniem.

Implikacje terapeutyczne: pomocna jest normalizacja, wzmacnianie zmian, przeformułowywanie

Ocena stopnia naruszenia ciągłości własnego *ja* i życia po wydarzeniu traumatycznym pozwala na oszacowanie ryzyka dekompensacji psychicznej. Od oceny zagrożenia dekompensacją zależy zaś intensywność i charakter interwencji terapeutycznych. Jeżeli jeden do dwóch obszarów poczucia ciągłości *ja* jest naruszone, to istnieje ryzyko dekompensacji. Jeżeli trzy obszary są naruszone bądź przerwane, to istnieje poważne zagrożenie dekompensacją psychiczną, np. samobójstwem.

Rodzaje interwencji terapeutycznych

Interwencje terapeutyczne można podzielić na: pierwszą pomoc psychologiczną, interwencję kryzysową, psychoterapię krótko- i długoterminową.

Pierwsza pomoc psychologiczna

Podstawowym celem pierwszej pomocy psychologicznej jest zapewnienie ulgi przez redukcję niekorzystnych, negatywnych

symptomów oraz zapewnianie bezpieczeństwa zewnętrznego i wewnętrznego, a także zapobieganie narastaniu objawów ostrego zaburzenia stresowego. Pierwsza pomoc psychologiczna opiera się głównie na wspierającym kontakcie i obejmuje następujące elementy:

- pomoc w przywracaniu poczucia ciągłości poprzez powrót do codziennych rutynowych działań,
- wzmacnianie i rozszerzanie naturalnych sposobów radzenia sobie i wykorzystywanie zasobów,
- uczenie nowych umiejętności radzenia sobie.

Na każdym etapie interwencji terapeutycznych pomaga się dzieciom w trzech obszarach: poczucia bezpieczeństwa, więzi z innymi, znaczenia wydarzeń traumatycznych. Problemy te poruszane są na każdym etapie interwencji zarówno w trakcie pierwszej pomocy psychologicznej, jak i interwencji kryzysowej czy psychoterapii, tylko na innym poziomie.

Bezpieczeństwo

Trauma jest sytuacją, która przytłacza dziecko. Chcąc wyobrazić sobie, co dzieje się z poczuciem bezpieczeństwa, można odwołać się do przykładu z tworzącym się *ja* u dziecka. W pierwszym roku życia poczucie *ja* sprowadza się do ciała: *ja* = moje ciało. W przeciągu 2.–3. roku życia poczucie *ja* rozszerza się, a ciało jest tylko częścią *ja*.

W podobny sposób trauma powoduje, że dziecko czuje, że doznawane uczucia przerastają go, stają się nim: moje cierpienie, mój ból to ja. Powoduje to regresję, dziecko zachowuje się zgodnie z wcześniejszymi fazami rozwojowymi, a to z kolei przynosi mu uczucie wstydu i bezradności.

Co można zrobić w ramach pierwszej pomocy psychologicznej, aby wzmocnić naruszone poczucie bezpieczeństwa? Odbywa się to poprzez zwykłe zachowania. Przykładowo, w pierwszej rozmowie zaleca się:

- przedstawić się – wyjaśnij krótko swoją rolę i co chcesz zrobić,
- zapewnić dziecko-ofiarę o swojej trosce o nie i że jest bezpieczne,
- poprosić dziecko, aby opowiedziało krótko, co się wydarzyło,
- zaoferuj dalszy kontakt,
- rozmawiaj w miejscu, gdzie dziecko będzie czuło się bezpiecznie,
- pytaj o proste rzeczy, które pozwalają dziecku wybierać bądź decydować,
- zapytaj, czy nie ma jakiś specjalnych uwag lub obaw,
- zainteresuj się, czy dziecko ma bezpieczne miejsce, rozmawiaj z rodzicami i motywuj do utrzymania kontaktu,
- daj na piśmie nazwisko i telefon, jak i kiedy można się skontaktować, jeżeli dziecko będzie dalej potrzebowało pomocy.

W trakcie interwencji kryzysowej odbudowywanie poczucia bezpieczeństwa osobistego odbywa się poprzez pracę nad zmniejszeniem cierpienia, by ból stał się tylko częścią *ja*. Jedną z dróg do tego jest umiejętne nazywanie uczuć, na przykład rysowanie koła uczuć (wściekłość, bezradność, gniew, zdrada, smutek, lęk, strach, beznadziejność). Dziecko wybiera nazwy doznawanych uczuć i na linii ocenia stopień ich nasilenia. Odbudowywaniu poczucia bezpieczeństwa wewnętrznego sprzyja też gratyfikacja podstawowych potrzeb, takich jak jedzenie, picie, kąpiel, słuchanie muzyki.

Potrzeba więzi

Poczucie bliskości i więzi z innymi realizuje się przez możliwość wyrażania siebie. To, co dziecko przeżywa wskutek wydarzenia traumatycznego, może oddzielać go od innych, izolować. Uczucia są przytłaczające, chodzi o dostarczenie możliwości podzielenia się z innymi i wysłuchania tego, co inni czują, gdyż daje to poczucie przynależności i wspólnoty z innymi. Można sformułować następujące zalecenia szczególnie użyteczne we wcześniejszej fazie interwencji kryzysowej:

- unikaj blokowania ekspresji;
- zwracaj uwagę na język ciała: wygląd, mimikę twarzy, gesty, gdyż są to informacje o emocjach przeżywanych, chociaż nie koniecznie wyrażanych. Trzeba odpowiadać na emocje, które są odczuwane, a nie na te, o których ofiara mówi;
- zapewnij, że jej odczucia nie są niczym niezwykłym;
- powiedz: chcę usłyszeć od ciebie całą historię, wszystko co pamiętasz, nawet jeżeli wydaje ci się to nieważne;
- zadawaj pytania otwarte, ale konkretne, nie takie, które wymagają analizy.

Znaczenie

Wtedy, kiedy dziecko czuje się bezpieczne i pozostaje w relacji z innymi, może powiedzieć, co myśli. Często dotyczy to sądów o świecie dorosłym i żalu do nich. Ważna jest możliwość artykułowania tych myśli i odczuć. Pytania o znaczenie i sens tego, co dziecku się przytrafiło, często pozostają bez odpowiedzi, ale ważne jest to, że uznaje się je za zasadne. Niekorzystnie dla dziecka jest, jeżeli otacza się je milczeniem lub traktuje jako zwykłe problemy, które zwyczajnie miną. Jeżeli dziecko nie jest słuchane, będzie uważało, że powinno się czuć tak, jak dorosły tego oczekuje, czyli że coś minie samo. Zaczyna być wtedy skonfundowane swoimi uczuciami gniewu, rozpa-

czy, które nadal odczuwa. Terapeuci powinni pomóc dzieciom wyrazić ich wewnętrzne doznania.

Kolejną kwestią, którą w interwencjach terapeutycznych trzeba uwzględnić, są obawy dziecka wzbudzone przez procedury sądowe, w których uczestniczy. Lęk dziecka można zmniejszyć poprzez przekazanie czego i w jakiej kolejności dziecko może oczekiwać, a także, jakie będą dla niego następstwa tego, co się stało. Zaleca się wyjaśnianie roli poszczególnych służb: policji, prokuratury, sądu oraz sens składania zeznań.

Elementy interwencji kryzysowej

Poniżej zostaną przedstawione zalecenia oddziaływań terapeutycznych wobec rozmaitych symptomów prezentowanych przez dzieci po doświadczeniach traumatycznych (Pynoos, Nader 1993).

Dla części dzieci, które przejawiają chroniczne objawy pourazowe, potrzebne będzie poszerzenie interwencji terapeutycznych o psychoterapię. Podstawowe kwestie poruszane w toku kontaktu psychoterapeutycznego obejmują:

- konfrontowanie się z realnością tego, co się zdarzyło,
- identyfikacja poczucia winy i samoobwiniania,
- radzenie sobie z gniewem, lękiem, żalobą i uczenie ich wyrażania,

Symptomatyczna reakcja	Elementy pomocy psychologicznej
Okres przedszkolny do 8. roku życia	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Bezradność, pasywność 2. Uogólniony lęk 3. Poznawczy chaos 4. Kłopoty z identyfikacją uczuć 5. Trudności, brak werbalizacji 6. Elementy przypominające o traumie mają charakter magiczny 7. Zaburzenia snu 8. Lękowe przywiązanie 9. Objawy regresywne 10. Niepokój związany ze śmiercią 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wsparcie, odpoczynek, pocieszenie 2. Bezpieczne schronienie 3. Powtarzanie wyjaśnień 4. Nazywanie uczuć 5. Pomoc w werbalizacji 6. Demistyfikacja elementów przypominających o traumie 7. Poinformowanie rodziców i nauczycieli 8. Stała troska 9. Określenie czasowych granic regresji 10. Wyjaśnienie problemu śmierci

Symptomatyczna reakcja	Elementy pomocy psychologicznej
Wiek 9–12 lat	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Odpowiedzialność i wina 2. Elementy przypominające o traumie wywołują lęk 3. Zabawy traumatyczne i ciągle opowiadanie o traumie 4. Lęk przed uczuciami 5. Problemy z koncentracją i uczeniem 6. Zaburzenia snu, koszmary senne 7. Troska o bezpieczeństwo 8. Zmiany w zachowaniu 9. Skargi na stan somatyczny 10. Kontrolowanie niepokojów rodziców 11. Zatroskanie o innych 12. Zaburzenia spowodowane reakcjami żałoby 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wyrażanie odczuć z tym związanych 2. Identyfikacja elementów przypominających o traumie 3. Słuchanie ze zrozumieniem 4. Wspieranie wyrażania uczuć 5. Poinformowanie dorosłych 6. Pomoc w zrozumieniu 7. Realistyczne informacje 8. Wyzwania dla kontroli nad impulsami 9. Związek pomiędzy odczuciami a zdarzeniami 10. Wyrażanie troski 11. Konstrukttywne działania 12. Pozytywne wspomnienia
Młodzież powyżej 12. roku życia	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Odosobnienie, wstyd, poczucie winy 2. Przewrażliwienie na punkcie własnej osoby 3. Potraumatyczne odgrywanie zdarzenia 4. Niebezpieczne dla życia odgrywanie zdarzenia 5. Nagłe zmiany w relacjach 6. Chęć odwetu 7. Radykalne zmiany w postawie 8. Zbyt wczesne wejście w dorosłość 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dyskusja: zdarzenie, uczucia, ograniczenia 2. Dorosła natura reakcji 3. Związek: zachowanie a zdarzenie 4. Zajęcie się problemem: impuls brawury 5. Rozumienie napięcia 6. Zajęcie się problemem: plany i ich konsekwencje 7. Związek: zmiany a zdarzenie 8. Odraczenie radykalnych decyzji

- identyfikowanie i korzystanie ze wsparcia – komu może zaufać oraz jak sama potrafi się ochronić w przyszłości,
- praca z niskim obrazem własnej osoby,

- przeciwdziałanie unikaniu relacji z innymi,
- uczenie radzenia sobie z objawami odzwierciedlenia.

Podsumowanie

- Jesteśmy na początku drogi uznawania i realizowania w praktyce zasady, że dzieci jako ofiary przestępstw potrzebują wyspecjalizowanych służb współpracujących ze sobą.
- Stosunkowo mało dzieci – ofiar przestępstwa otrzymuje pomoc. Wczesna ocena stanu i potrzeb dziecka powinna wchodzić w standardowe postępowanie służb społecznych lub wyspecjalizowanych placówek.
- Dzieci – ofiary przestępstw powinny na pewno być konsultowane, jeżeli utraciły

- osoby znaczące, jeżeli reakcje rodziców są zaburzone, jeżeli rodzice utracili bądź mają zaburzone funkcje opiekuńcze, atmosfera rodzinna jest chaotyczna, nie wspierająca, występuje przemoc wewnątrz rodziny, dziecko ma uszkodzenia fizyczne, jeżeli było już wcześniej wiktymizowane lub miało jakieś emocjonalne problemy, jeżeli trauma miała charakter chroniczny lub były to wielokrotne epizody.
- Interwencje terapeutyczne wobec dzieci – ofiar przestępstw powinny być podjęte

te przez wyszkolonego profesjonalistę, wrażliwego na kwestie ofiar, posiadającego wiedzę z zakresu psychologii klinicznej i rozwojowej, psychiatrii dzieci i młodzieży, psychotraumatologii, znającego podstawowe procedury sądowe, empatycznego, otwartego na podjęcie wątków przeżyć urazowych.

- Poza wsparciem rodziny w powrocie do rutyny dnia codziennego, ważny

jest rodzaj poradnictwa dla rodziców bądź opiekunów, jak postępować z dzieckiem, jak odpowiadać na jego pytania, jak kontrolować swoje reakcje emocjonalne, jak wyglądają bliskie i odległe symptomy pourazowe i wczesne oznaki dystresu.

- Niezbędna jest szeroka edukacja różnych służb w zakresie podstaw psychotraumatologii.

This paper discusses two models of the effects of trauma on children: a clinical model based on the concept of post-traumatic stress disorder, and a holistic model emphasizing factors that facilitate the healing process after a traumatic experience, such as resilience or sense of continuity, as well as their therapeutic implications. These models are useful in treating child victims of crime.

Literatura

- Goodman R., Scott S. (2000), *Psychiatria dzieci i młodzieży*, Wydawnictwo Medyczne Urban&Partner, Wrocław.
- Janoff-Bulman R. (1992), *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*, The Free Press, New York.
- Kendall-Tackett K.A., Williams L.M., Finkelhor D. (1993), *Impact of sexual abuse in children: An review and synthesis of recent empirical studies*, „Psychological Bulletin” nr 113, s. 164–180.
- Lahad M., Rogel R. (2003), *The need for ER protocol in treatment of public manifesting ASR symptoms following disaster*, „Community Stress Prevention” nr 5, s. 1–19.
- 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.
- 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, London, s. 301–320.