

KATARZYNA FENIK

Fundacja Dzieci Niczyje

## Jak dzieci radzą sobie z urazem psychicznym?

### Wybrane elementy pracy terapeutycznej z dzieckiem wykorzystanym seksualnie

*Autorka artykułu dzieli się doświadczeniem prowadzonej terapii z dziećmi wykorzystywanymi seksualnie. Praktycznie pokazuje, jakie elementy diagnozy potrzebne są do zaplanowania terapii. Opisuje schematy poznawcze towarzyszące doświadczanej traumie oraz obraz PTSD (zespołu stresu pourazowego). Artykuł pokazuje, jak można rozumieć emocje dziecka-ofiary wykorzystywania seksualnego i jak wykorzystać tę wiedzę do pracy terapeutycznej z dziećmi z urazami psychicznymi.*

**K**onsekwencje, jakie ponosi dziecko w wyniku doświadczenia wykorzystywania seksualnego, można rozpoznać w jego funkcjonowaniu poznawczym, emocjonalnym i behawioralnym. Terapeuta pracujący z dziećmi, które były wykorzystywane seksualnie, poznaje podczas diagnozy obszary, w których dzieci doznały urazów.

Każda forma doświadczenia wykorzystywania seksualnego dziecka jest inna, a skutki takich przeżyć są nieprzewidywalne.

W pierwszej fazie leczenia terapeuta dokonuje diagnozy, rozpoznaje objawy, które pojawiły się u dziecka, mierzy ich rozległość, odnajdując ślady po traumie w psychice dziecka. Część objawów pochodzi z urazu psychicznego, jakiego doznało dziecko, inne mogą być efektem dotychczasowych dysfunkcji relacji z ludźmi, np. nieprawidłowych relacji z rodzicami, opiekunami.

Trauma, czyli uraz psychiczny, powstaje na skutek silnego przeżycia spowodowanego udziałem, jako świadek bądź bezpośrednia ofiara, w wydarzeniu o charakterze katastrofy. Do wydarzeń tych należą kłęski żywiołowe, katastrofy spowodowane przez człowieka (zamachy, uprowadzenia), groźne wypadki oraz doświadczanie przemocy.

Trauma powoduje utratę bezpieczeństwa, uczucie bezradności i zburzenie dotychczasowego porządku, co wywołuje przeświadczenie o braku możliwości poradzenia sobie z sytuacją. Zespół myśli i emocji pojawiających się po wydarzeniu traumatycznym wpływa na zachowanie dziecka. Pojawiające się myśli i emocje są bardzo nieprzyjemne, są dość wyraźnym wspomnieniem przeżytych doświadczeń – naturalnie więc człowiek stara się unikać tych odczuć. W efekcie dziecko znajduje się w pułapce, próbując nie odczuwać tych

trudnych emocji blokuje je i nie daje sobie możliwości ich przepracowywania. Trwa więc nadal w napięciu z powodu ich odczuwania. Gdyby udało mu się zwolnić blokadę, natężenie tych emocji nie byłoby tak silne.

Doświadczenie wykorzystywania seksualnego często jest dla dziecka czymś ekstremalnym, przekraczającym swym rozmiarem zwykle cierpienia. Możliwości rozumienia tego wydarzenia przez dzieci są niewielkie. Nawiązując relacje społeczne, są w tych kontaktach bardzo ufne, nie przewidują nadużycia ich zaufania. Emocje dzieci mają zazwyczaj duże natężenie, a ich procesy poznawcze nie są jeszcze na tyle sprawne, aby uporządkować natłok emocji, dlatego też trudności emocjonalne często demonstrowane są w ich zachowaniu.

Oprócz napięcia i pobudzenia psychoruchowego możliwego do zaobserwowania w zachowaniu dziecka czy zmiany w codziennym funkcjonowaniu, skutkiem wykorzystywania seksualnego są zaburzenia po stresie traumatycznym. W psychiatrii klasyfikuje się takie zaburzenie jako PTSD – *post-traumatic stress disorder*, czyli zespół stresu pourazowego (zaburzenia stresowe pourazowe). Jest ono definiowane przez *Podręcznik Diagnostyczny i Statystyczny DSM-IV* oraz *Klasyfikację zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD-10* jako jednostka chorobowa.

W PTSD przeżyte wydarzenie powraca w postaci snów, natrętnych wspomnień, zwłaszcza w chwilach zadumy czy też wypoczynku, jest ponownie przeżywane w postaci myśli, obrazów, dźwięków, zapachów, pojawiają się krótkie wtargnięcia tychże wspomnień (*flashbacks*). Tym objawom towarzyszy pobudzenie fizjologiczne, problemy ze snem, relaksem, koncentracją uwagi, nieobecne przed urazem. Występuje także uporczywe unikanie bodźców związanych z traumą, odrętwienie psychiczne.

Diagnoza PTSD była stosowana w psychiatrii od 1980 r. Wtedy jeszcze niewiele wiedziano o PTSD u dzieci i młodzieży, ja-

kie zdarzenia wywołuje ten zespół oraz jak wygląda jego obraz u dziecka, które było wykorzystywane seksualnie.

Istnieją trzy główne czynniki wpływające na wystąpienie PTSD u dzieci (Friedrich 1995):

- siła traumatycznego wydarzenia,
- reakcja rodziców na tę sytuację (wsparcie rodziców i poziom ich niepokoju – reakcja wskazująca na to, że sytuacja ta nie jest tak bardzo zagrażająca odsuwa możliwość wystąpienia PTSD u dziecka),
- fizyczna „odległość” od wydarzenia.

PTSD to jedna z możliwych reakcji na traumatyczne wydarzenie. Inne, częste skutki traumy, to wystąpienie emocji o dużym natężeniu – silny strach, niepokój, lęk, napięcie emocjonalne. Każda z tych emocji w skrajnym nasileniu powoduje trudności w codziennym funkcjonowaniu dziecka.

PTSD to ślad, dowód na dobrą pamięć wydarzenia urazowego u dzieci (Maruszewski 2005).

Traumatyczne wydarzenia wywołują lęk przed ponownym zranieniem. Koncentracja na szczegółach otoczenia pozwala odwrócić uwagę od bólu oraz unikać w przyszłości miejsc podobnych do tego, gdzie miało miejsce zdarzenie, które mogłyby zagrażać ze względu na możliwość zranienia, czy to przez przywoływanie wspomnień, czy też przez stwarzanie realnego zagrożenia. Te treści natrętnych myśli, które pojawiają się w obrazie przeżywanego PTSD, są obiektem szczególnej troski w wielu metodach terapii dzieci, które doświadczyły urazów.

Wiele badań poświęcono efektywności metod leczenia dzieci po urazach traumatycznych. Najczęściej w psychoterapii dzieci po urazach stosowane jest podejście poznawczo-behawioralne. W tym podejściu praca terapeuty bazuje na ujawnieniu wydarzeń traumatycznych przez dziecko, aby możliwa była praca terapeutyczna polegająca na otwartej rozmowie z dzieckiem. Metody pochodzące z psychoterapii poznawczo-behawioralnej zawierają w sobie techniki pracy z lękiem, niepokojem – re-

laksacja, trening asertywności, korektę niewłaściwych i zniekształconych myśli związanych z traumą.

Choć kontrowersyjne wydaje się narażenie dzieci na przeżywanie traumatycznych wydarzeń, leczenie oparte na ujawnieniu ma największe znaczenie w usuwaniu natrętnych wspomnień, *flash-back'ów* i korygowaniu wykształconych na skutek traumy myśli i przekonań. Terapeuta uczy dziecko, aby nie obawiało się wspomnień o wydarzeniu po to, by wydarzenie urazowe zostało skontenerowane przez psychikę dziecka.

Kontenerowanie wspomnień, przyjęcie ich, pozwala na usunięcie niepokoju, a w związku z tym pobudzenia psychoruchowego. Dzieci uczone relaksacji podczas pojawiania się wspomnień koncentrują się na relaksacji, a nie lęku przed pojawiającymi się nieprzyjemnymi obrazami.

Takie podejście opiera się również na psychoedukacji: terapeuta, opowiadając jak wygląda świat wewnętrznego przeżywania, oddaje dziecku możliwość „kontrolowania” stanu psychicznego, wpływania na pojawiające się myśli, emocje.

Skuteczne dla leczenia dziecka jest przekazywanie rodzicom informacji o tym, czym jest uraz psychiczny i jak przebiega leczenie takich zranień. Rodzice współczujący, pomagający dziecku w przejściu przez trudny okres gojenia się ran psychicznych stwarzają jednocześnie środowisko, w którym panuje przekonanie, że poprawa, wyleczenie i usunięcie cierpienia jest możliwe.

Istotna w leczeniu jest ta część pracy terapeuty, która jest związana z rozpoznawaniem zniekształceń poznawczych, błędnych schematów w myśleniu będących wynikiem traumy, a równocześnie powodujących wtórnie zranienia dziecka. Błędne przekonania posttraumatyczne u dzieci pojawiają się w schematach myślowych, silnych rozregulowanych emocjach i w zachowaniach.

Błędne schematy myślenia u ofiar wykorzystywania seksualnego to przekonania,

czasem nieuświadomione, objawiające się w kilku różnych płaszczyznach. Trauma zawsze skutkuje sposobem myślenia ofiary o sobie.

### Przykład Rafała

*Oto przykład pracy terapeutycznej i schematu myśli jednego z pacjentów – 10-letniego Rafała, który był świadkiem okrutnych gwałtów ojca na matce. Na skutek silnych przeżyć i braku umiejętności poradzenia sobie z widzianymi zachowaniami ważnych dla niego osób Rafał odczuwał wiele trudnych uczuć, takich jak złość, wstyd, lęk, napięcie emocjonalne. Jako dziecko zaniebdywane emocjonalnie nie miał blisko siebie dorosłych osób, którzy zajęliby się jego emocjami – jedno z rodziców było ofiarą, drugie sprawcą. Po interwencji chłopiec trafił do rodziny zastępczej, gdzie zmusił do stosunku analnego swego młodszego ulubionego kuzyna i z tego powodu znalazł się pod opieką psychologa. W trakcie diagnozowania jego zachowań seksualnych mówił:*

*Rafał – Zrobiłem to, a teraz mam za swoje, teraz już mogę masturbować się, ile chcę (...).*

*Terapeuta – Zastużyłeś na karę za to, że zgwałciłeś kuzyna?*

*R. – Zawsze potem płaczę.*

*T. – Czemu płaczesz?*

*R. – Bo to się nigdy nie skończy (...), i co z tego, że się masturbuje (...), i tak ciągle o tym myślę.*

*T. – Jaka to myśl?*

*R. – Że nigdy tego nie zapomnę. Mam czarne serce (...).*

Terapeuta w procesie leczenia dziecka może teraz zająć się pracą nad nielogicznymi myślami, schematami, które uruchamiają emocje dziecka, a te powodują trudności w wyjściu z pułapki: przypominam sobie traumę – wzrasta natężenie emocji – próbuję je odsunąć – nie udaje mi się – źle myślę o sobie – źle się czuję – muszę się masturbować, aby zmniejszyć napięcie związane z tymi emocjami i tymi myślami.

Rafał był przekonany, że brał udział w gwałtach na mamie. Tak odczuwał tę sy-

tuację. Długo nie udawało mu się dotrzeć do poczucia winy i odpowiedzialności, które brał na siebie w związku z obserwowaniem przemocy na osobie jego matki. Bezsilność spowodowała utożsamienie się z osobą sprawcy. Pod wpływem emocji podjął zachowania seksualne, które miały w sobie duży poziom agresji, niespotykany w jego zachowaniu. Świadomość charakteru tego zachowania powodowała u niego zwiększenie poczucia winy i nienawiść do samego siebie. Mawiał do terapeuty: *Pani marnuje dla mnie czas, przecież inne dzieci potrzebują z panią pogadać.*

Schemat myślenia o własnym udziale ofiary w wydarzeniu, to często obwinianie się za to wydarzenie, za udział w nim. Ofiarom towarzyszy przekonanie, że mogły zrobić coś, by nie doszło do wykorzystywania. Szczególnie silne takie przekonanie towarzyszy ofiarom powtarzających się traum o charakterze wykorzystywania seksualnego.

Siła poczucia winy i odpowiedzialności prowadzi do powstania ogromnego wstydu, który powoduje powstawanie mechanizmów obronnych. Dysocjacja jest jednym z mechanizmów obronnych, który chroni dziecko przed przeżywaniem silnych emocji. Trudność diagnostyczna i terapeutyczna pojawia się w momencie, gdy dziecko, nie chcąc przeżywać trudnych emocji, nieświadomie „rozszczepia się”, oddzielając myśli od emocji, i tworzy taki sposób funkcjonowania, który dla niego samego jest trudny do zrozumienia i powiązania ze skutkami wykorzystywania seksualnego.

Jednym z przykładów takich mechanizmów jest chwilowe „odpłynięcie” wskazujące na utratę kontaktu z otoczeniem, do złudzenia przypominające „zamyślenie się”.

### Przypadek Kingi

*Kinga miała 13 lat, gdy była pacjentką jednego z ośrodków zajmujących się udzielaniem pomocy rodzinom doświadczającym przemocy. W trakcie pobytu w ośrodku uczestniczyła w za-*

*jęciach socjoterapeutycznych nakierowanych na psychokorekcję zachowań dzieci z rodzin przemocowych. Dziewczynka ujawniła fakt bycia ofiarą przemocy seksualnej ze strony ojca w momencie, gdy pojawiło się zagrożenie powrotu do domu ojca. By poradzić sobie z nagłym wyobrażeniem powrotu do cierpienia i natężeniem dotychczas zahamowanych emocji, jej psychika posłużyła się dysocjacją. Dysocjacja wywoływała w jej funkcjonowaniu nagłą zmianę ekspresji emocji. Głos wydawany przez dziewczynkę zmieniał się w nieartykułowane skrzeczenia, a wyraz twarzy pełen był gniewu, po czym wszystko mijało, a Kinga zachowywała się znowu normalnie, kontynuując wątek i nie wiedząc o tej chwilowej zmianie. Trudno było się oprzeć porównaniu dziewczynki do rozgniewanego, przypartego do muru zwierzęcia, wydającego dźwięki mające odstraszyć napastnika. Psychiatra ocenił tę zmianę jako zaburzenia dysocjacyjne.*

Praca terapeuty polegała na pomaganiu dziewczynce w rozpoznawaniu pojawiających się u niej emocji, dotychczas bardzo zablokowanych i nieuświadomianych. Najtrudniejszą emocją dla Kingi był lęk, bo dotychczas radziła sobie z lękiem poprzez podejmowanie agresywnych lub aspołecznych zachowań. Widziała siebie jako kogoś, kto radzi sobie w każdej sytuacji, potrafi być raczej sprawcą niż ofiarą. Uświadomienie jej wysokiego poziomu lęku, który miała w sobie, wymagał dużej delikatności i dbałości o integralność emocjonalną dziecka.

Oddziaływanie myśli natrętnych, charakterystycznych dla przeżywanej traumy i rozregulowanych emocji, ma charakter sprzężenia zwrotnego. Intensywne pobudzenie i emocje powodują powstawanie myśli, że cierpienie jest niemożliwe do przerwania, że jego przeżywanie nigdy się nie skończy. W takich chwilach niezwykle istotne jest szczególne zwrócenie uwagi na zachowania autodestrukcyjne dzieci, ponieważ pod wpływem pobudzenia i intensywności emocji oraz natrętnych myśli często dokonują samookaleceń, podejmują próby samobójcze. Praca terapeutyczna

z ofiarami wykorzystywania seksualnego to praca nad rozpoznawaniem błędnych schematów poznawczych, destrukcyjnych przekonań, uświadamianie ich i uczenie zarządzania takimi pojawiającymi się myślami i emocjami.

Terapeuta, pomagając dziecku myśleć, że jest ono w stanie poradzić sobie z przygniatającymi, silnymi emocjami – uczy, że mechanizmy ich powstawania można przewidzieć. Odszukanie i omówienie nawet tych najbardziej ukrytych myśli daje możliwość rozpoznawania dysfunkcyjnych schematów myślenia, których dzieci używają na co dzień. Schematy te mają w odczuciach dziecka funkcje obronne – z ich pomocą dzieci pozornie chronią się przed odczuwaniem emocji, np. „zamrażając uczucia”.

Większość dzieci spotkanych w praktyce klinicznej, które były ofiarami wykorzystywania seksualnego, demonstruje w zachowaniach zniekształcenia poznawcze.

Najczęściej spotykamy je w zachowaniach autodestrukcyjnych – mogą być one przejawem negatywnych myśli o sobie, obciążania siebie za udział w nadużyciu. Nastoletnie dziewczęta wchodzące w kolejne krótkotrwałe związki, których efektem jest narastające przekonanie o swojej niewielkiej wartości, długo nie rozpoznają pochodzenia swoich zachowań. Przepracowanie takich myśli musi zawierać w sobie rozpoznawanie emocji towarzyszących tym zachowaniom. Na początku pracy terapeutycznej pacjent często nie umie powiązać swoich zachowań z emocjami. Wtedy pomocna jest technika „odhaczania emocji” – przypomnianie sobie wszystkich znanych określeń stanów emocjonalnych i przy każdym sprawdzanie, czy to jest to, co się przeżywa: „Czy to złość? Czy to strach? A może próba ukrycia wstydu?”

Terapeuta towarzyszy pacjentowi w pracy nad emocjami, pokazuje, że odreagowanie emocji to nadal płytki poziom radzenia sobie z nimi. Pacjent uczy się rozpoznawania, nazywania i – co najważniejsze – akceptowania odczuwanych emocji.

Wiele małych dzieci natrętnie odtwarza emocje – pokazują je w zabawie, stwarzają podobne sytuacje do tych, w których cierpiały i w ten sposób ciągle narażają się na ponowne odczuwanie trudnych emocji.

Ważne jest zatem, aby terapeuta umiał zauważać, że odtwarzane są właśnie emocje, a nie samo wydarzenie. Powtarzalność odtwarzanych emocji oznacza, że ich napięcie jest zbyt silne, jak na możliwości psychiki dziecka.

Wyznacza również kolejne zadanie do planu terapii – terapeuta razem z dzieckiem przechodzi przez wydarzenie, towarzysząc mu w rozpoznawaniu i nazywaniu emocji, co dla dziecka jest jednoznaczne ze zmianą – może ono nareszcie nie tylko odreagowywać, powtarzając doświadczanie trudnych emocji, ale – co najważniejsze – zrozumieć, co się stało (*meaning-making*), jakie znaczenie miało to wydarzenie, jaką rolę miało dziecko, a jaką sprawca.

Nadanie znaczenia wydarzeniu otwiera możliwość nie tylko oddalenia przymusu natrętnego powtarzania czynności, ale dostarcza także ulgi poprzez zmniejszenie napięcia emocjonalnego dziecka. Obecność terapeuty, dobry związek terapeutyczny z dzieckiem oparty na zaufaniu i daniu możliwości pokazania nawet najwstydliwszych z emocji, uwalnia także od poczucia samotności w przeżywaniu traumy.

Terapeuta musi mieć przeświadczenie o istotnym znaczeniu nawet najbardziej ukrytych czy też pozornie błahych schematów myślowych u pacjenta. Zadając odpowiednie pytania, naprowadza pacjenta na uświadomienie sobie, że trudne przeżycia mają swoje zewnętrzne, a nie wewnętrzne pochodzenie. Pacjent, odpowiadając sobie na pytania typu: *Czy myślisz czasem o wykorzystywaniu seksualnym przez wujka, chociaż wcale nie chcesz o tym myśleć?* – rozpoznaje pochodzenie swego złego samopoczucia, tj. istnienie natrętnych myśli. Pytanie: *Czy czasem próbujesz unikać sytuacji, przedmiotów, które przypominają ci o tamtym wydarzeniu?* – pokazuje, że powodem zmęczenia są nie

tylko wspomnienia, ale także wysiłek spowodowany unikaniem tychże myśli.

Ustalanie wraz z pacjentem celów terapii, to równoczesne diagnozowanie jego potrzeb – *Co chcesz zrobić w związku z tymi natrętnymi myślami?*

W taki sposób dziecko zyskuje kontrolę nad skutkami terapii i jednocześnie zapowiedź ulgi w cierpieniu oraz osobistego wpływu na poradzenie sobie z sytuacją.

W procesie terapii istotne jest uruchamianie wewnętrznego dialogu dziecka z własnymi emocjami. Większość z nich jest nieprzyjemnych i w związku z tym pacjent próbuje je usunąć, pozbyć się ich, uciec przed nimi poprzez wyparcie lub kompulsywne działanie. To nakręca spiralę trudności emocjonalnych i złego samopoczucia. Terapeuta razem z dzieckiem może omawiać emocje związane z nadużyciem.

Jak wynika z wielu omawianych przez terapeutów przypadków, szczególnie trudne są tematy dotyczące zachowań seksualnych, podejmowanych przez dzieci wykorzystane seksualnie. Zachowania seksualne są odzwierciedleniem braku kontroli.

W trakcie terapii bardzo ważne jest dokładne zdiagnozowanie obrazu zachowań seksualnych u dzieci. Dziecko z problemem pobudliwości seksualnej omawia z terapeutą sytuacje, w których podejmuje zachowania seksualne i jakie towarzyszą temu emocje.

Z emocjami połączone są komponenty myślowe, możliwe jest istnienie wielu zniekształconych przekonań, ściśle podtrzymujących pojawianie się tych emocji. Emocje pojawiają się w związku z sekwencją ściśle, lecz błędnie powiązanych ze sobą kwestii: doznanej traumy – seksualności dziecka – samotności w przeżywaniu cierpienia. Na skutek traumy związanej z naruszeniem cielesności dotyczącej sfery psychoseksualnej i silnego poczucia wyobcowania dziecka – te trzy komponenty związane z życiem dziecka łączą się w całość. W trakcie terapii dokonuje się oddzielenia tych trzech warstw. Wtedy właśnie możliwe jest wyciszenie zachowań seksualnych i przywrócenie prawidłowych wartości w każdej ze sfer. Seksualność dziecka zyskuje znowu swoją integralność i prawidłowe znaczenie ściśle połączone z prawidłowym rozumieniem bliskości, intymnością.

Zadaniem terapeuty i celem terapii jest nadanie znaczenia doznanej traumie oraz zniwelowanie jej skutków i przywrócenie dobrostanu dziecka. Poprzez dobry związek terapeutyczny dokonuje się przekształcenie przeżywania samotności w doznawanym cierpieniu, jakim było wykorzystywanie seksualne, kształtowanie umiejętności rozpoznawania swoich potrzeb emocjonalnych oraz akceptowania różnych stanów emocjonalnych.

*The author shares her experience from therapeutic work with sexually abused children. She uses practical examples to show what diagnostic components are necessary to plan effective treatment. The paper describes cognitive schema linked to the experienced trauma, and the symptoms of PTSD.*

*The article suggests the reader how to understand the emotions of a child victim and how to use this knowledge in therapeutic work with traumatized children.*

## Literatura

- Briere J.N. (1992), *Child abuse trauma*, Sage Publications, London.
- Dudek B. (2003), *Zaburzenie po stresie traumatycznym. Cena strachu*, Gdańskie Wydawnictwo Pedagogiczne, Gdańsk.
- Friedrich W.N. (1995), *Psychotherapy with sexually abused boys*, Sage Publications, London.
- Maruszewski T. (2005), *Pamięć autobiograficzna*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Padesky C.A., Greenberger D. (2004), *Umysł ponad nastrojem*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10 (2000)*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków-Warszawa.
- Strelau J., red. (2004), *Osobowość a ekstremalny stres*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.