

Rola relacji jako pozytywnego zasobu w terapii dzieci–ofiary wykorzystania seksualnego

Terapia dzieci–ofiary traumy jest nadal otwartym polem dla badaczy i terapeutów. Głównym elementem, na którym skupiają się oddziaływania terapeutyczne są objawy pojawiające się po wykorzystaniu. Do najczęstszych objawów zgłaszanych przez opiekunów możemy zaliczyć nieadekwatne do wieku zachowania seksualne, zaburzenia snu, zachowania agresywne. Jest wiele technik wywodzących się głównie z terapii behawioralno–poznawczej, które wykorzystywane są w pracy z wyżej wymienionymi objawami.

W poniższym artykule chciałabym zwrócić uwagę na inny ważny czynnik, który pomaga dzieciom wrócić do równowagi i wpływa na ich rozwój — relację. Mam na myśli nie tylko relację terapeutyczną, ale i inne relacje dziecka z ważnymi dla niego dorosłymi. Relacja jest procesem, dlatego sama w sobie jest trudna do uchwycenia; to nie to samo, co „konkretna technika”, a na zaobserwowanie efektów jej istnienia potrzeba czasu. Celem tego artykułu jest podkreślenie wpływu różnych pozytywnych relacji dziecka na jego funkcjonowanie po doznanej traumie wykorzystania.

Zanim rozpoczniemy terapię

Biorąc pod uwagę fakt, iż nie każde wykorzystanie musi prowadzić do traumy, a także nie każde powoduje objawy u dziecka należałoby się zastanowić nad kryterium przyjmowania dzieci do terapii. Nie każda osoba po rozwodzie czy stracie kogoś bliskiego potrzebuje oddziaływań terapeutycznych, podobnie dzieje się z dziećmi ofiarami wykorzystywania seksualnego. Trudność pojawia się jednak w kontakcie z rodzicami, którzy w ogromnej części przypadków uważają, że skoro dziecko spotkało coś złego, wymaga ono terapii. Za kryterium kwalifikujące uznałabym występowanie u dzieci objawów.

Objawy wykorzystania seksualnego różnią się zarówno siłą, jak i natężeniem. Do pracy z częścią z nich wystarczy kontakt

terapeuty z rodzicem. Współpraca z rodzicami jest nieodzownym elementem pracy z dzieckiem. Kontakt ten potrzebny jest, aby wyjaśnić rodzicom zachowania dziecka, a także omówić sposoby reagowania na pojawiające się trudności. W niektórych przypadkach, gdy objawy są mniej intensywne, a rodzice mają dużo zasobów, które bez trudu mogą wykorzystać, aby pomóc swojemu dziecku wrócić do równowagi, można bazować tylko na kontakcie terapeuty z rodzicami. Takie sytuacje należą jednak do rzadkości, szczególnie jeśli chodzi o wykorzystanie wewnątrzrodzinne, bowiem w rodzinach kazirodzych rodzic niekrywdzący, z różnych powodów, nie jest w pełni zdolny do zapewnienia ochrony dziecku (Smith, 1995, za Hill, 2005). W większości przypadków ro-

dzice sami mają trudności z poradzeniem sobie z tym, co spotkało ich dziecko i potrzebują pomocy terapeuty. Wtedy możliwe jest włączyć ich w proces zdrowienia dziecka przy jednoczesnym zapewnieniu im możliwości pracy nad własnymi trudnościami.

Zanim rozpoczniemy pracę z dzieckiem należy zadbać o zaspokojenie jego podstawowych potrzeb. Bez tego nasze oddziały-

wania terapeutyczne mogą nie przynieść pożądanego rezultatu. Są to:

- bezpieczne środowisko życia, bez ryzyka powtórnej wiktymizacji,
- zadbanie o odpowiedni sposób odżywiania dziecka,
- obecność przyjaznych dziecku osób,
- regularny tryb życia przewidywalny dla dziecka.

Przymierze terapeutyczne

Gdy zakwalifikujemy dziecko do terapii i zapewnimy wsparcie dla systemu, w którym na co dzień wzrasta dziecko, przychodzi czas na wybranie odpowiednich technik pracy z dzieckiem. Badania pokazują, iż tym, co przynosi największe efekty w pracy z dziećmi, które doświadczały wykorzystywania seksualnego jest swobodna zabawa, a także relacja terapeutyczna (za Hill, 2005). Z zagadnieniem relacji terapeutycznej wiąże się koncepcja przymierza terapeutycznego, która ma swoje korzenie w tradycji psychoanalitycznej i została zaadaptowana do innych podejść terapeutycznych. Bordin (1979) podaje, że na przymierze terapeutyczne składają się trzy komponenty: więź terapeutyczna, zgoda co do celów terapii, zgoda odnośnie zagadnień, których dotyczy terapia. Wykorzystanie seksualne dziecka powoduje u niego trudności interpersonalne, takie jak izolacja społeczna, niepewność, nieadekwatność w związkach, trudności w nawiązywaniu i podtrzymywaniu nieprzemocowych związków (Crowder, 1995, za Middle i Ken-

nerley, 2001). Klienci, którzy doświadczyli wykorzystania mogą mieć większe trudności we wchodzeniu w relację terapeutyczną. Dlatego też zbudowanie relacji z tego typu klientami może być trudniejsze, lecz waga tej relacji jest ogromna (Lebowitz i in., 1993, za Middle i Kennerley, 2001). Klinicyści pracujący z ofiarami wykorzystania podkreślają, iż w stworzeniu wystarczająco dobrej relacji terapeutycznej z nimi najważniejszą rolę odgrywają predyspozycje osobowościowe terapeuty, takie jak empatia, bezpieczeństwo, zaufanie, umiejętność skupienia się na kliencie (Hill & Alexander, 1993). Drauker (1999) w swoich badaniach pokazał, iż jakość relacji terapeutycznej jest dużo ważniejsza niż jakiegokolwiek techniki terapeutyczne w przypadku ofiar nadużyć (za Roth i Baton, 1993). Klinicyści stwierdzili także, że leczenie ofiar wykorzystania jest dynamicznym procesem, który kończy się integracją traumatycznych wydarzeń, co jest możliwe tylko w kontekście znaczącej relacji (za Middle i Kennerley, 2001).

Zabawa jako technika terapeutyczna

Terr (1988, 1991) i Parson (1995) uważają, że dzieci wykorzystane seksualnie w wieku poniżej piątego roku życia przechowują wspomnienia traumy, a doświadczona trauma ujawnia się w ich zachowaniu (za Jones,

2002). Stąd tak ważne jest, aby towarzyszyć dzieciom, ofiarom przemocy, w odzyskiwaniu równowagi poprzez odreagowanie traumy w zabawie, co jest nieocenionym sposobem zdrowienia (West 1996, za Jones, 2002).

Celem zabawy jest pomoc dziecku w poradzeniu sobie z zinternalizowanymi lękami poprzez wspierającą relację opartą na zabawie, aby zapobiec wpływowi następstw traumy na dalszy rozwój dziecka (Parson, 1995, za Jones, 2002). Elementami zasadniczymi pomocy poprzez zabawę są: empatia, ciepło, akceptacja dziecka tu i teraz (Rogers, 1961, za Jones 2002). Wspomniana akceptacja nieodzownie łączy się koncepcją Biona (1962) o kontenerowaniu. Terapeuta ma zatem stworzyć przestrzeń, w którą dziecko może wrzucać swoje lęki, które następnie on przyjmie, „przetrawi” i odda w formie, która jest możliwa dla dziecka do przyjęcia. Pierwotnie istnienie tej przestrzeni zapewnia dziecku matka (Compley i Forryan, 1987, za Johnes, 2002). Do podstawowych, ogólnych celów w pracy z dziećmi ofiarami wykorzystywania należą:

- stworzenie bezpiecznego miejsca, odwiedzanego regularnie przez dziecko, gdzie będzie mogło przywołać wspomnienia traumatycznych wydarzeń. Uważa się, że odreagowywanie napięcia w działaniu, np. w zabawie (tzw. *acting-out*), pozwala odzyskać dziecku poczucie wpływu i kontroli nad traumatycznymi wydarzeniami i destrukcyjnymi uczuciami (Oaklandem, 1988, za Jones, 2002);
- pomoc w przeformułowaniu znaczenia wykorzystania poprzez zabawę;
- uznanie uczuć dziecka za ważne i pomoc dziecku w zrozumieniu ich;
- poradzenie sobie przez dziecko ze złością i przemieszczenie poczucia winy z siebie na sprawcę;
- zwiększenie poczucia własnej wartości dziecka oraz jego samooceny. Pomoc w nabyciu strategii radzenia sobie.

Cele, a także plan pomocy, powinny zostać przedstawione i omówione z rodziną dziecka oraz innymi specjalistami z nim pracującymi. Wilson (1992) proponuje, aby terapia miała niedyrektywną formę, gdzie dzie-

ciom będzie zapewniona możliwość kontroli przebiegu zabawy, a rolą terapeuty będzie towarzyszenie dziecku, zwracanie uwagi na pojawiające się u niego uczucia. W miarę jak niedyrektywna terapia postępuje, dzieciom cyklicznie oferuje się dostęp do bardziej ustrukturalizowanych narzędzi pracy, takich jak książeczki, nagrania wideo, arteterapia, psychodrama. Dzieci korzystają z nich, jeśli mają na to ochotę.

Dziecko, które zostało wykorzystane: fizycznie, emocjonalnie czy seksualnie, często cierpi z powodu natychmiastowych efektów wykorzystania. Jest również duże prawdopodobieństwo, iż doznane krzywdzenie wpłynie na jego dalszy rozwój oraz zachowanie. Zespół stresu pourazowego ujawnia się na wiele sposobów, między innymi towarzyszą mu zaburzenia zachowania, flashbaki, beśsenność, lęk, niepokój, ataki złości, obniżony nastrój czy trudności z koncentracją (Terr, 1991, za Herman, 1998). Długotrwałe konsekwencje wykorzystania mogą być kontynuacją bezpośrednich następstw, a także objawiać się w późniejszym czasie zaburzeniami jedzenia, dysocjacjami, niezdolnością do tworzenia satysfakcjonujących związków. Istnieje także korelacja między byciem ofiarą wykorzystania w dzieciństwie a stanem się sprawcą wykorzystywania dzieci w późniejszych etapach życia (Cattanach, 1993, za Jones, 2002). To, jak bardzo dziecko będzie cierpiało zależy między innymi od intensywności urazu (formie, częstości, długości trwania), a także od momentu, w którym uraz wystąpił (Perry, 1998).

Wybierając strategię pracy z dzieckiem wykorzystanym należy pamiętać, że poziom wsparcia oferowany przez niekrzywdzącego rodzica jest najważniejszym czynnikiem prowadzącym do wyzdrowienia dziecka (Elliott & Carnes, 2001, za Hill, 2006). Znaczenie, jakie nadaje dziecko krzywdzeniu, zależy od reakcji rodzica na ujawnienie. Johnson i Kenkel (1991) podają, że reakcja rodzica na ujawnienie ma nawet większy wpływ na póź-

niejsze funkcjonowanie dziecka niż czynniki związane z samym krzywdzeniem. Stąd też tak ważne miejsce w terapii dzieci-ofiar wykorzystania seksualnego zajmuje relacja

terapeutyczna, która ma być korektywnym doświadczeniem dla dziecka, niezależnie od tego, jaki paradygmat teoretyczny reprezentuje terapeuta (Hill, 2005).

Włączanie rodzica do pracy

Ze względu na znaczącą rolę, jaką odgrywa postawa rodziców w procesie zdrowienia dziecka oraz pojawiająca się czasem niechęć dzieci do rozstania z rodzicem na czas terapii, Hill i jego zespół (2001) zdecydowali się na włączenie rodziców w sesje terapeutyczne i zabawę. Owa niechęć dotyczyła głównie tych dzieci, u których wykorzystanie wzmogło lęki separacyjne (zarówno u dziecka, jak i u rodzica) (Bowlby, 1998). Poczucie bezpieczeństwa dziecka w pokoju zabaw jest niezbędnym czynnikiem do rozpoczęcia dalszych działań (Bacon, 2001). Rodzice, których do współpracy zaprosił Hill czuli się niepewnie w pokoju zabaw, nie widzieli jak się zachować, co mówić i jak reagować, aby pomóc swojemu dziecku. Rodzice byli więc uczeni, jak prowadzić niedyrektywną zabawę z dziećmi, tak aby mogli stosować ją domu, aby budować tak potrzebną relację dziecko – rodzic. Rodzice zgłaszali trudności w reagowaniu na pojawiające się trudne zachowania i emocje dzieci. Część z nich przyznawała, iż pozwalają dzieciom na więcej i nie reagują na nieakceptowane zachowania dzieci z powodu współczucia i chęci wynagrodzenia dziecku jego krzywdy. Nie przynosiło to jednak dobrego efektu. Dzieci-ofiary wykorzystania potrzebują przestrzeni do wyrażania swoich uczuć i odreagowywania emocji, ale potrzebują też jasnych granic i egzekwowania wymagań bez przemocy po to, aby nauczyć się odróżniać zachowania asertywne od agresywnych (Smith, 2005). Ze względu na trudności we wspomnianym już wcześniej kontenerowaniu emocji dziecka przez rodziców, głównie z powodu ich trudności w skoneterowa-

niu własnych uczuć dotyczących wykorzystania, rolę „kontenera” przejmuje terapeuta. Gdy rodzice biorą udział w sesjach, terapeuta konteneruje uczucia zarówno dziecka, jak i rodzica. Uczestnicząc w tym procesie rodzice mają okazję, aby poradzić sobie ze swoimi emocjami, a także na zasadzie modelowania uczyć się od terapeuty, jak kontenerować uczucia dziecka (Chazan, 2003, za Johnes, 2002). Cześć trudności matek w skoneterowaniu uczuć dziecka wiąże się z faktem, iż negatywne uczucia dziecka, np. złość, jest skierowana do nich samych. Złość dziecka na matkę, która była rodzicem niekrzywdzącym, lecz nie potrafiła ochronić dziecka przed wykorzystaniem jest częścią dynamiki wykorzystania (Hooper & Humphreys, 1998, za Johnes, 2002). Często dzieci nie są tego świadome, jednak jest to ważny element do przepracowania w terapii. Wykluczenie matek z procesu terapii może pogłębiać wzorzec utrzymywania sekretu, zaindukowany dziecku przez sprawcę i uniemożliwiający komunikację między dzieckiem a matką (Print & Dey, 1992, za Johnes, 2002).

Gwarantem utworzenia dobrej relacji terapeutycznej jest zaufanie ze strony dziecka. Czasem dzieci nie chcą wtajemniczać rodziców we wszystko, co się dzieje na sesji. Włączanie matek we wszystkie sesje stwarza niebezpieczeństwo, iż dziecko będzie czuło się ograniczone i nie będzie miało wystarczającej przestrzeni czy poczucia pełnej swobody i autonomii. W przypadku odbywania jedynie konsultacji z rodzicami bardzo istotne jest uzgodnienie z dzieckiem, co z tego, o czym mówi będzie w kontakcie z rodzicami ujawnione oraz uzyskanie

zgody dziecka na ujawnienie. Jest to szczególnie istotne w terapii dzieci ofiar wykorzystywania seksualnego, gdyż jednym z podstawowych czynników powodują-

cych traumę u dziecka jest poczucie zdrady przez osobę będącą w roli autorytetu i dającej oparcie i poczucie bezpieczeństwa (Finckelhor i Browne, 1986).

Analiza przypadku — Kasia B.

Kasia trafiła do terapii w listopadzie 2008 r., miała wtedy niecałe 10 lat. Do ośrodka zgłosiła się jej mama zastępcza, mówiąc że Kasia ma problemy ze snem, jest agresywna w stosunku do innych dzieci, buntuje się i „cały dom stoi przez to na głowie”. Powiedziała, że dziewczynka jest u niej od 2 miesięcy wraz z rodzeństwem i że w sądzie zakończyła się sprawa o wykorzystanie seksualne Kasi przez ojca, który został skazany za to przestępstwo na 3 lata. Pierwsza rozmowa odbywała się telefonicznie, więc nie mieliśmy zbyt wielu informacji. Pani Ewa dodała tylko, że Kasia jest zamkniętą w sobie, wycofaną dziewczynką i pewnie trudno będzie z nią nawiązać kontakt.

Z dalszych rozmów z mamą zastępczą oraz dokumentów uzyskano następujące informacje. Kasia ma czworo rodzeństwa, 2 lata starszą siostrę, rok młodszą siostrę, 4 lata młodszego brata oraz 8 lat młodszego brata. Kasia do 8. roku życia mieszkała w małej wsi w centralnej Polsce. Oboje rodzice nadużywali alkoholu i nie podejmowali pracy zarobkowej. Mama Kasi jest osobą trzydziestoletnią, upośledzoną w stopniu umiarkowanym, podjęła leczenie odwykowe, gdy sprawa o opiekę nad dziećmi w 2006 r. trafiła do sądu, jednak nie była przekonana o potrzebie leczenia i szybko je porzuciła. Ojciec Kasi nigdy nie podjął leczenia, obecnie odbywa karę w zakładzie karnym za wykorzystanie seksualne Kasi. Istnieje podejrzenie wykorzystania pozostałych dzieci, jednak żadne z nich tego nie potwierdza. Brak wielu informacji na temat tego, co wcześniej działo się w domu Kasi. Wiadomo tylko, iż w domu dochodziło do wielu awantur między rodzicami, a wobec dzieci stosowano kary fizyczne.

Nie wiadomo także nic o przebiegu sprawy karnej ani o treści zeznań Kasi. Kasia w wieku 4 miesięcy przeszła poważną operację wątroby i przez pół roku była hospitalizowana. Kasia wraz z trójką rodzeństwa w wieku 8 lat została zabrana z domu rodzinnego i umieszczona w pogotowiu opiekuńczym, po roku wraz z rodzeństwem zostali umieszczeni w domu dziecka. Podczas pobytu w placówce Kasia była konsultowana psychiatrycznie z powodu koszmarów nocnych, agresywnego zachowania, a także obnażania się przed chłopcami. Najmłodszy brat trafił do adopcji, od tej pory Kasia nie miała z nim kontaktu. We wrześniu 2008 r. Kasia wraz z rodzeństwem trafiła do rodziny zastępczej, w której przybywa do dnia dzisiejszego.

Kiedy zobaczyłam ją po raz pierwszy nie zorientowałam się, że to ona. Na korytarzu siedziało nieduże, szczuplutkie dziecko, o krótkich włosach, pomyślałam, że to chłopiec. Kasia nieco wystraszona weszła do gabinetu. Po kilku minutach poczuła się dużo swobodniej i szybko nawiązała kontakt z terapeutą przewyciężając początkowe nieśmielenie. Chętnie odpowiadała na pytania, miała pogodny nastrój. Chętnie podejmowała się różnych zadań proponowanych przez osobę prowadzącą spotkanie. Nie udawało jej się jednak zbyt długo wytrwać przy jednym zadaniu, chciała robić wiele rzeczy naraz, trudno jej się było zdecydować i dokończyć to, co zaczęła. W rozmowie nie utrzymywała jednego tematu, robiła liczne dygresje. Jej napęd wyrównał się dopiero, gdy zaczęliśmy zabawę w dom z użyciem lalki. Podczas pierwszych spotkań Kasia była bardzo pobudzona, a jej ekspresja i emocje były sil-

ne. Do tego dochodziła labilność emocjonalna: od deklarowanej miłości i uwielbienia dla terapeuty, do złości i tupania nogami. Kasia poszukiwała kontaktu fizycznego, w zabawie bez skrępowania się przytulała i próbowała mnie całować. Gdy zadawałam pytania, na które nie chciała odpowiadać udawała, że mnie nie słyszy, rozpoczynała jakąś inną aktywność, próbowała zwrócić moją uwagę na coś innego. Najtrudniejszym wątkiem w początkowej fazie terapii była dla Kasi separacja i zakończenie spotkania. Kasia na wiadomość o tym, że musimy już kończyć reagowała głośnym sprzeciwem, złością, negacją, obrażała się, zanosila płaczem. Mówiła, że „jeszcze tylko chwilkę”, bo ona koniecznie musi mi jeszcze coś pokazać, po czym zaczynała robić schematyczne czynności, np. wypisywanie po kolei cyfr, wycinanie kólek, rysowanie szlaczków. Następnie pytała, co może zabrać ze sobą do domu (zabawki, naklejki, kredki), chciała wziąć wszystko. Gdy to się nie udawało pakowała rzeczy, którymi się bawiła do jednej szuflady, podpisywała blok i kredki, których używała, mówiąc że to teraz będzie jej i nikt nie może tego zabrać. Zachowania te ustały po tym jak ustaliłyśmy sztywne ramy, zasady i zapisaliśmy je na kartce, omówiliśmy, dlaczego nie można zabierać z pokoju rzeczy, a Kasia zobaczyła, że wszystko czeka na nią co tydzień w tym samym miejscu, a ja trzymam się wyznaczonych reguł. Podobny problem pojawił się odnośnie ciastek, którymi mogły częstować się dzieci czekając na korytarzu w ośrodku. Kasia chciała zabrać wszystkie. Po kilku spotkaniach te trudności ustały, a po kilku miesiącach Kasia przyniosła swoje jedzenie, żeby się nim ze mną podzielić. Gdy za pierwszym razem nie wzięłam od niej kanapki bardzo się na mnie zezłościła i obraziła. Szybko zorientowałam się, że popełniłam błąd, lecz była do doskonała okazja do skomentowania i przepracowania tej sytuacji. Kasia na następne spotkanie znów poczęstowała mnie swoim jedzeniem, tym razem wiedziałam, że powinnam

je przyjąć. Kasia teraz przynosi czasem coś słodkiego, ale mogę odmówić i nie powoduje to już takiej reakcji jak na początku. Regularne spotkania z Kasią odbywały się do maja 2009 r. Potem dziewczynka z różnych przyczyn opuściła 4 spotkania pod rząd. Kiedy spotkałyśmy się na piątym, mama zastępcza powiedziała, że wróciły trudności z zasypianiem. Nie potrafiła jednak sprecyzować, z czym mogło to być związane, podała jednak, że pojawiły się one jakieś 3 tygodnie temu, czyli w czasie, gdy Kasia zaczęła opuszczać spotkania i mama nie umiała jej powiedzieć, kiedy dojdzie do następnego.

Koszmary nocne wydawały się najpilniejszą sprawą do pracy. Z powodu nocnego budzenia się Kasi, większość domowników nie spała w nocy, wszyscy byli przemęczeni, co powodowało wzrost agresywności w rodzinie i zaostrzało konflikty w domu. Do zmniejszenia częstości pojawiania się koszmarów przyczyniło się kilka czynników, a pierwsze efekty pojawiły po ok. dwóch miesiącach. Kasia rozmawiała na ich temat z mamą zastępczą, pisała pamiętnik, w którym opisywała dobre i złe sny, a potem razem z mamą paliła je w kominku. Złączono łóżko Kasi z łóżkiem jej siostry. Ponadto Kasia rysowała podczas spotkań terapeutycznych zarówno złe sny, jak i sposoby na pokonanie ich, a następnie zawieszała te rysunki nad łóżkiem, aby mogła o nich pomyśleć, gdy się przebudzi. Niebagatelną rolę spełniła też maskotka, która spała z Kasią i jak sama mówiła „miała ją pilnować w nocy”. Kasia w pewnym momencie terapii zaczęła przynosić swojego królika na spotkanie terapeutyczne i to on był głównym przedmiotem zabawy podczas spotkań. Z początku królik nie miał stałego imienia, Kasia ciągle je zmieniała i złościła się, gdy nazywałam go starym imieniem, podczas gdy ona zdecydowała się je zmienić. Oczekiwała, że będę wiedzieć, jakie imię królik posiada w danym dniu. U Kasi często pojawiała się oczekiwanie „czytania w myślach”. Zakładała, że

wiem to samo, co wie ona i złościło ją, gdy się okazało, że nie wiem, co ma na myśli. Po kilku miesiącach Kasia zdecydowała się nazwać królika imieniem terapeuty.

Kasia bardzo chciała, żebym to ja planowała, w co będziemy bawić się danego dnia. Gdy padały propozycje wszystkie odrzucała, frustrowała się, twierdziła, że jest znudzona i nic jej się nie podobało.

Praca z Kasią polega głównie na niedyrektywnej zabawie. Głównym wątkiem proponowanym przez nią jest zabawa w dom. Treści pojawiające się w zabawie oraz przyjmowane przez Kasię i przeze mnie role zmieniły się na przestrzeni czasu. Początkowo Kasia była w zabawie mamą, która była rygorystyczna wobec własnych dzieci, karciała je, nie spędzała z nimi czasu, ciągle była zmęczona, nie pracowała, a czas spędzała organizując przyjęcia rodzinne, na których pije się piwo. Drugą fazą była zabawa w lekarza, gdzie Kasia była mamą lub lekarzem, a dziecko, którym się zajmowała, zapadało na ciężkie choroby, było długo odizolowane od matki, groziła mu śmierć. Kolejną fazą, która trwa do dziś i nadal ewoluuje, jest naśladowanie w zabawie czynności wykonywanych przez mamę zastępczą. Teraz w zabawie Kasia wykonuje wiele czynności pielęgnacyjnych, jest ciepła w kontakcie z lalką, czerpie satysfakcję z wymyślonej pracy. Jest w stanie tolerować inną kobietę dorosłą w zabawie (wcześniej terapeuta był zawsze w roli osoby podległej Kasi, np. byłem jej córką czy pracownikiem). Pojawiają się jednak wątki agresywne i separacyjne w kontaktach z mężczyznami. Mężczyzna pojawiający się w zabawie nadal budzi jednak u Kasi agresję, jest zwykle postacią negatywną (jest to osoba która zdradza, opuszcza, wyjeżdża).

Funkcjonowanie Kasi po 6 miesiącach regularnych spotkań można podsumować w następujący sposób:

- Kasia śpi sama, rzadko zapala w nocy światła, nie przychodzi do dorosłych,
- łatwiej jej znieść odmowę, wykonanie poleceń nie wiąże się z histerią,
- nie ma trudności w kończeniu spotkań,
- przynosi swoje zabawki i słodycze, dzieli się nimi,
- mama, którą odgrywa w zabawie opiekuje się dzieckiem na różne sposoby jest cierpliwa, powierza dziecko innym, pracuje, zajmuje się domem,
- dziecko w zabawie nie budzi się w nocy, gdy choruje nie są to ciężkie choroby i jest optymistyczne zakończenie.

Obszarów, których nie udało nam się jeszcze przepracować jest wiele i na pewno czeka nas wiele pracy, szczególnie, że od wakacji Kasia z powodów różnych trudności (dojazd 40 km na terapię, więcej godzin w szkole, zaległości w szkole, praca mamy) zjawia się na spotkaniach nieregularnie. Kasia do dnia dzisiejszego nie opowiedziała o tym, co wydarzyło się między nią a tatą, ucieka od tematów związanych z seksualnością i intymnością. Opowiada o tym w szkole swoim rówieśnikom, co budzi ich niechęć i odrzucenie. Kasia próbuje także całować chłopców w klasie, jest za to wyśmiewana i obrażana. Trudno jej znaleźć inny sposób na nawiązanie kontaktu z rówieśnikami niż agresja. Ilość technik dyrektywnych podczas terapii jest także dość ograniczona, Kasia ich nie lubi, woli swobodną zabawę.

Tym, co pozwoliło poczynić Kasi takie postępy to głównie:

- zmiana środowiska,
- **pozytywny wzorzec rodziców zastępczych,**
- wsparcie rodziców zastępczych, spotkania indywidualne terapeuty z nimi,
- inne pozytywne relacje z dorosłym (terapeutą, nauczycielką, korepetytorką),
- wprowadzenie jasnych norm i zasad, stałość, przewidywalność w kontakcie,
- cierpliwość w sytuacjach obrażania się Kasi i brak odrzucenia,
- odreagowanie trudnych doświadczeń w zabawie, w bezpiecznej atmosferze (sny, kontakt z matką).

Zakończenie

Przypadek Kasi B. pokazuje, iż techniki i strategie postępowania w pracy z dziećmi-ofiarami wykorzystywania są sprawą drugorzędną. Przykład Kasi potwierdza zawarty w cytowanej literaturze przekaz, iż tym, co jest leczące dla dziecka i pozwala mu wró-

cić do równowagi, a terapeucie zastosować w późniejszym czasie pewne ustrukturalizowane techniki, jest budowanie z dzieckiem głębokiej relacji terapeutycznej, co nie zajmuje pierwszych 10 sesji, lecz trwa przez cały czas kontaktu terapeuty z dzieckiem.

Therapy of child victims of trauma remains an open field for researchers and therapists. Therapeutic efforts are typically focused on the symptoms developing in the aftermath of abuse. Such symptoms, most commonly reported by caregivers, include age-inappropriate sexual behaviors, sleep disorders and aggressive behavior. There are multiple techniques, mostly rooted in cognitive behavioral therapy, employed in the work with children exhibiting the afore-listed symptoms.

The aim of the present article is to emphasize another important factor helping children regain balance and affecting their development – i.e. the relationship. In the understanding of the author, the notion is not limited to therapeutic relationship, but it extends to cover all relationships established by the child with significant adults. The relationship is a process, thus in itself it is difficult to grasp; it is not the same as “specific technique” and seeing its effect takes time. The present paper is meant to highlight the fact that various positive relationships formed by the child influence its daily functioning following the trauma associated with sexual abuse.

Literatura

- Bion W.R. (1962), *Learning from Experience*, Heinemann: Londyn.
- Bordin E.S. (1979), *The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance*, *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, nr 16, s. 252–260.
- Chazan S. (2003), *Simultaneous Treatment of Parent and Child*, Jessica Kingsley Publishers: London.
- Clemence A.J., Hilsenroth M.J., Ackerman S.J., Strassle C.G., Handler L. (2005), *Facets of the Therapeutic Alliance and Perceived Progress in Psychotherapy: Relationship Between Patient and Therapist Perspectives*, *Clinical Psychology and Psychotherapy*, nr 12.
- Copley B., Forryan B. (1987), *Therapeutic Work with Children*, Karnac Books: London.
- Crowder A. (1995), *Opening the Door: A Treatment Model for Therapy with Male Survivors of Sexual Abuse*, Brunner/Mazel: New York.
- Elliott A.N., Carnes, C.N. (2001), *Reactions of non-offending parents to the sexual abuse of their child: a review of the literature*, *Child Maltreatment*, vol. 6.
- Finkelhor D., Browne A., *The traumatic impact of child sexual abuse*, w: Finkelhor D. (1986), *A sourcebook on child sexual abuse*, London: Sage Publications.
- Herman J. (1998), *Przemoc uraz psychiczny powrót do równowagi*, GWP.
- Hill A. (2006), *Play therapy with sexually abused children: Including parents in therapeutic play*, *Child and Family Social Work*, nr 11.
- Jones A.M. (2002), *An Account of Play Therapy with an Abused Child from a Different Ethnic Background to the Therapist*, *Children & Society*, nr 16.

- Lebowitz L., Harvey M.R., Herman J.L. (1993), *A stage-by-dimension model of recovery from sexual trauma*, Journal of Interpersonal Violence, vol. 8, s. 378–391.
- Middle C., Kennerley H. (2001), *A Grounded Theory Analysis of the Therapeutic Relationship with Clients Sexually Abused as Children and Non-abused Clients*, Clinical Psychology and Psychotherapy, nr 8.
- Oaklander V. (1988), *Windows to Our Children*, The Gestalt Journal Press. P.O. Box 990, Highland NY, USA.
- Parson E.R. (1995), *Post traumatic stress in an inner-city child*, Journal of Child Analysis, s. 272–306.
- Perry J. (1998), *Paper given at BAPSCAN conference*, London, 11.12.98, based upon research at University of Houston, Texas.
- Rogers C. (1961), *On Becoming a Person*, Houghton Mifflin: New York.
- Roth S., Batson R. (1993), *The creative balance: the therapeutic relationship and thematic issues in trauma resolution*, Journal of Traumatic Stress, nr 6.
- Ruch L.O., Meyers Ch.S. (1982), *The Crisis Impact of Sexual Assault on Three Victim Groups: Adult Rape Victims, Child Rape Victims and Incest Victims*, Journal of Social Service Research, nr 5.
- Smith G. (1995a) *Assessing protectiveness in cases of child sexual abuse*, w: *Assessment of Parenting* (eds L. Reder & C. Lucey), Routledge: London, s. 87–101.
- Terr L. (1988), *Early Memories of Trauma. A study of twenty children aged under five at the time of trauma*, American Journal of Adolescent and Child Psychiatry, s. 96–104.
- Terr L. (1991), *Childhood Trauma: An outline and overview*, American Journal of Psychiatry, vol. 148.
- West J. (1996), *Second Edition. Child Centred Play Therapy*, Arnold/Hodder Headline: London.
- Wilson K., Kendrick P., Ryan V. (1992), *Play Therapy; A Non-Directive Approach for Children and Adolescents*, Ballière Tindall: London.

O AUTORZE

MAGDALENA KOBYLECKA jest magistrem psychologii, absolwentką Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu oraz Podyplomowego Studium Pomocy Psychologicznej w Dziedzinie Seksuologii na UAM. Uczy się w Szkole Psychoterapii Psychodynamicznej w Krakowskim Centrum Psychodynamicznym. Członek Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego, w trakcie specjalizacji z seksuologii klinicznej. Zainteresowania zawodowe skupiają się głównie wokół ludzkiej seksualności, zarówno w zakresie normy jak i patologii, psychoterapii oraz psychoedukacji. Obecnie pracuje w Pracowni Psychologiczno-Seksuologicznej oraz w Terenowym Komitecie Ochrony Praw Dziecka w Poznaniu.