

Jacek Mesterhazy

PSYCHOLOGICZNE NASTĘPSTWA DOŚWIADCZEŃ URAZOWYCH U DZIECI. INTERWENCJA KRYZYSOWA

PSYCHOLOGICAL EFFECTS OF TRAUMATIC EVENTS IN CHILDREN. CRISIS INTERVENTION

Zakład Psychologii Zdrowia CM UJ
Kierownik: prof. dr hab. Jan Czesław Czabała

children
natural disaster
trauma response
crisis intervention

W artykule opisane są zmiany w zachowaniu i psychice dzieci powstałe na skutek doświadczeń traumatycznych, głównie takich, jak: klęski żywiołowe i naturalne katastrofy. Autor przedstawia też własne doświadczenia w pracy terapeutycznej z dziećmi doświadczonymi katastrofą powodzi i opisuje strategie pomocy psychologicznej w kontekście interwencji kryzysowej.

Summary: The subject of this article is the psychological effects of traumatic events observed in children exposed to natural disasters. Examining the above issue, the author places emphasis on the difficulties in diagnosing post-traumatic disorders in the case of young children and discusses clinical clues whose aim is to help notice the specific post-traumatic reaction occurring in children. The analyses are backed with the author's own experiences of therapeutic work with children exposed to flooding and crisis intervention strategies he uses.

W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę na względnie niewielką liczbę opracowań dotyczących reakcji dzieci i młodzieży na wydarzenia katastroficzne, w porównaniu z badaniami dorosłych. Gordon i Wraith podają, że w połowie lat 80. na prawie 300 publikacji o skutkach urazów u ludzi tylko 25 pozycji poświęconych było dzieciom [1]. W latach 90. te proporcje zmieniają się, ale nadal mało jest badań epidemiologicznych dotyczących małych dzieci, zwłaszcza w wieku niemowlęcym i przedszkolnym. Wiadomo zarazem, że ogólna liczba dzieci jako uczestników katastrof dorównuje innym grupom wiekowym. W badaniach podważono pewne mity i stereotypy w myśleniu o dzieciach, np., że są one bardziej elastyczne, jeśli idzie o radzenie sobie z traumą, że łatwiej zapominają o drastycznych przeżyciach, skoro przestają o nich mówić. Brak objawów bezpośrednio po wydarzeniu urazowym nie oznacza braku problemów w późniejszym życiu, których źródła leżą w doświadczeniu katastrofy. Dzieci nie „wyrastają” z problemów ani nie przechodzą nad nimi do porządku dziennego. Choć sprawiają wrażenie normalnie funkcjonujących, często bardziej cierpią niż sądzą dorośli, nie mówią jednak o tym, aby nie martwić rodziców. Spostrzegano także zjawisko występowania zaburzeń pourazowych u dzieci nie

uczestniczących bezpośrednio w katastrofie, tzw. traumę zastępczą (*vicarious trauma*), która wynika z podatności na „zarażanie się” traumą (*contagion*) [1].

Dane empiryczne potwierdzają obserwacje, że psychologiczne objawy traumy występują u dzieci, które wcześniej zetknęły się z obiektywnym doświadczeniem urazowym, z kataklizmem takim, jak: tornada, powodzie, pożary buszów, trzęsienia ziemi czy pioruny. Objawy pourazowe są związane z poziomem zagrożenia i mogą utrzymywać się długo po doświadczeniu katastrofy [2]. Nie wszystkie dzieci przejawiają symptomy pourazowe, różne jest ich nasilenie i czas trwania. W badanej przez Terr [za: 1] grupie 25 dzieci z uprowadzonego autobusu szkolnego 100 proc. uczestników przejawiało symptomy pourazowe jeszcze 4 lata potem, 50 proc. adolescentów-uciekiniarów z Kambodży miało objawy PTSD 4 lata po ucieczce, w grupie dzieci dotkniętych wypadkiem nuklearnym w Three Mile Island wśród 26 proc. uczestników stwierdzono zmiany osobowości półtora roku później, a podwyższony poziom stresu utrzymywał się do 5 lat. Stres wśród społeczności doświadczonych katastrofą wskutek zaważenia się tamy w Buffalo Creek utrzymywał się 14 lat [3, 1, 4]. W badaniach dzieci po katastrofie powodziowej w Opolu w 1997 r. stwierdzono występowanie symptomów PTSD, depresji i poczucia samotności w 20 miesięcy po wydarzeniach [5, 6]. Zwrócono uwagę, że poziom zagrożenia, wielkość strat, płeć, style radzenia sobie i poziom osiągnięć szkolnych wpływają na poziom PTSD, depresji i zadowolenia z życia. Badania te nawiązują do modelu zachowania zasobów Hobfolla. W modelu tym przyjmuje się, że utrata zasobów psychospołecznych, którymi dysponuje człowiek, jest najsilniejszym predyktorem ewentualnych zaburzeń zdrowia wynikających ze stresu. Empirycznie stwierdzono, że takie czynniki, jak spostrzegane wsparcie społeczne, poziom zagrożenia, wielkość strat poniesionych wskutek katastrofy, strategie radzenia sobie, pośredniczą pomiędzy doświadczeniem urazowym a skutkami skrajnego stresu [3, 7].

Trudności w ocenie skutków traumy u dzieci wynikają nie tylko z problemów metodologicznych — nie ma idealnego narzędzia samooceny pourazowego stanu psychicznego. Małe dzieci nie potrafią adekwatnie zwerbalizować swoich przeżyć. Drobiazgowych, długich wywiadów nie zawsze da się przeprowadzić. Wypełniający inwentarze dorośli opiekunowie nie dostrzegają objawów o bardziej dyskretnym charakterze. Trudności diagnostyczne związane są także z olbrzymią różnorodnością i zakresem następstw. Zespołowi PTSD mogą towarzyszyć: depresja, zaburzenia lękowe, nadpobudliwość będąca wynikiem deficytów uwagi (ADHD), problemy wychowawcze, nadużywanie substancji psychoaktywnych, zmiany przekonań i strategii radzenia sobie [8], trudności w szkole, łatwiejsza zapadalność na choroby i dolegliwości somatyczne, mniejsza tolerancja na stres, wycofywanie się z kontaktów społecznych, tzw. dysfunkcjonalna samowystarczalność, pesymizm, nieśmiałość i inne zmiany osobowości [1]. Badania skutków huraganu Andrew na Florydzie w 1992 roku informują o wpływie przeżytego żywiołu na rozwój dzieci w wieku od 3 do 5 lat. 12 miesięcy po katastrofie u 31 proc. dzieci w badanej grupie występowały opóźnienia w ogólnym rozwoju, stwierdzono mocny i nasilający się związek pomiędzy objawami PTSD a opóźnieniem w rozwoju wraz z upływem czasu [2].

Cechy traumy u dzieci

Niektóre wymienione objawy mogą być samoistne, niezależne od PTSD. Z tego powodu

powstaje pytanie o specyfikę reakcji dzieci na skrajny stres u dzieci. Problem swoistości reakcji dziecięcych podejmowała Leonora Terr [9]. Według niej, istnieje kilka dziecięcych reakcji na wydarzenie urazowe — są to: tłumienie emocji związanych z traumą, zaburzenia snu, przesadna reakcja na niespodziewane bodźce, regresja, lęk przed prozaicznymi sprawami, unikanie myśli, sytuacji, miejsc przypominających o przykrym wydarzeniu, panika, rozdrażnienie i nadpobudliwość. Terr uważa jednak, że bez względu na wiek dzieci i rodzaj doświadczeń traumatycznych można wyróżnić w ich funkcjonowaniu 4 specyficzne właściwości. Są to: a) bardzo wyraziste lub powtarzające się świadome wspomnienia, b) powtarzające się zachowania, c) lęki typowe dla traumy i d) zmienione postawy wobec ludzi, życia i przyszłości. Istnieją jeszcze sny traumatyczne, które chociaż są miarodajną oznaką traumy u dorosłych, nie zostały włączone do tej listy, jako przejaw nieewidentny, zwłaszcza dla dzieci do 5 r.ż.

Wyraziste lub powtarzające się świadome wspomnienia związane są z umiejętnością ponownego zobaczenia lub odczucia urazowego doświadczenia. Dziecko jest zdolne do kreowania obrazów w wyobraźni i wizualizowania nawet tych doświadczeń traumatycznych, które nie angażowały zmysłu wzroku. Przy czym dzieciom rzadko zdarzają się nagłe wizualizacje, częściej są to obrazy pojawiające się w czasie wolnym, przy oglądaniu telewizji, przed zaśnięciem lub gdy nudzą się w czasie lekcji w szkole. Opisywane wspomnienia dotyczą także dzieci, które doświadczyły traumy w okresie niemowlęcym i nie były w stanie zwerbalizować swojego doświadczenia ani zapamiętać go w formie narracyjnej.

Odtwarzanie zachowań związanych ze zdarzeniami traumatycznymi to kolejna właściwość dziecięca. Chodzi tu zwłaszcza o zjawisko zabawy i zachowań odtwórczych. W zabawie pourazowej brak jest przyjemności. Polega ona, jak i zachowania odtwórcze, na odtwarzaniu aspektów strasznych zdarzeń. Zachowania odtwórcze mogą być jednorazowe lub powtarzające się, mogą także przybierać formę reakcji cielesnych. Np. molestowana dziewczynka może odczuwać dotyk lub mieć uczucie bólu w miejscu dotykanym przez sprawcę w reakcji na niespodziewany widok bodźca skojarzonego z doświadczeniem traumy. Tego typu zachowania można obserwować nawet u dzieci, które doświadczyły urazu przed 12. miesiącem życia i nie mają słownej pamięci swoich doświadczeń.

Lęki typowe dla traumy to lęki powiązane z doświadczeniami, które spowodowały lub poprzedzały zdarzenia traumatyczne. Tego typu lęki są symptomatyczne dla urazów dziecięcych. Przykładowo, dzieci pogryzione przez psa będą bać się psów tej samej rasy lub wyglądu, dzieci nadużyte, zakładając rodzinę, nie będą się bać współżycia seksualnego w ogóle, tylko pewnych form współżycia. Typowe dla traumy dziecięcej są także prozaiczne lęki (lęk przed ciemnością, lęk przed byciem samemu, przed wychodzeniem z domu itp.).

Następstwem traumy dziecięcej, zdaniem Terr, są także **zmienione postawy wobec ludzi, życia i przyszłości**. Zawężenie perspektywy czasowej, brak planowania i zaangażowania, poczucie braku przyszłości, życie z dnia na dzień, przeświadczenie o ponownym wystąpieniu zdarzeń traumatycznych, utrata zaufania do ludzi, stereotypy w myśleniu o relacjach heteroseksualnych itp. – to cechy uwidaczniające zmiany w postawach.

Zaburzenia typu I i typu II

Należy odróżniać zaburzenia, które są następstwem nieoczekiwanych, pojedynczych zdarzeń, od zaburzeń powstałych w następstwie długotrwałych, powtarzających się doświadczeń urazowych. Dla tych pierwszych, zaburzeń typu I, charakterystyczne są — oprócz typowych dla zespołu stresu pourazowego cech takich, jak odtwarzanie, unikanie, duża czujność — następujące cechy:

Szczegółowe wspomnienia, które utrzymują się i pozostają żywe, mimo wysiłków dziecka podejmowanych w celu ich stłumienia. Dzieci potrafią drobiazgowo relacjonować fragmenty wydarzeń, które z rzadka tylko są zapominane. Opisywane obrazy wspomnień są pełne, nie zamazane i wyraziste. Dotyczy to dzieci powyżej 36. miesiąca życia.

Siedmioletnia dziewczynka, w czasie spotkania grupowego, bardzo plastycznie opisywała swoje przeżycia podczas powodzi. Wspominała widok swojego ulubionego piórnika, płynącego w nurcie wody wdzierającej się do kuchni, chwiejącego się i zataczającego powolne kręgi wraz z wirami wody.

Ponowna ocena poznawcza („wróżby”) to forma przepracowania przeszłości. Poszukiwanie odpowiedzi na pytanie: Dlaczego właśnie ja?, czy: Dlaczego mnie się to przydarzyło?, wynajdywanie powodów, wskazówek i punktów zwrotnych to związane z myśleniem magicznym próby uzyskania retrospektywnej władzy i kontroli nad nieprzewidywalnymi wydarzeniami traumatycznymi. Często wiążą się one z poczuciem winy, zwłaszcza u dzieci, które odnalazły w pamięci jakieś wskazówki lub powody tych zdarzeń i sądzą, że mogły zapobiec nieszczęściu, np. uprzedzić bliskich, powstrzymać katastrofę, nie robić czegoś, co spowodowało wydarzenie czy sprawcę.

Wśród dzieci z Kotliny Kłodzkiej po powodzi w 1997 roku powszechne było przekonanie o ponownym nadejściu kataklizmu. Dzieci, na potwierdzenie swych racji, powoływały się na świadectwa swoich matek, które często korzystały z wizyt u wróżki.

Zaburzenia percepcji, charakterystyczne w takich przypadkach, polegają na błędach w rozpoznawaniu bodźców, zniekształceniach w odczuwaniu czasu, a także halucynacjach wzrokowych (spowodowanych akcydentalnym, nasilonym uwalnianiem neuroprzekazników w mózgu).

Przykładowo, osoba uczestnicząca w wypadku, uwięziona w samochodzie i oczekująca na pogotowie, może być przekonana, że czekała na karetkę 2 godziny, podczas gdy naprawą było to dziesięć minut. Ta sama osoba może być pewna, że w trakcie oczekiwania słyszała wyraźnie dobiegający płacz jakiegoś człowieka, nie rozpoznając, że to ona sama płakała [por. 10].

15-letnia uczestniczka zajęć prorozwojowych grupy oazowej z Nowego Targu uległa wypadkowi — uderzyła głową w ramę uchylonego okna, podważone skrzydło okienne wysunęło się z zawiasów i spadło na nią; szyba rozpękła się na szabliste pasy, rama okna zawisała na jej ramionach. Dziewczynce, oprócz naddartej skóry nosa, nic się nie stało, jednak była w szoku. Miała dojmujące odczucie (choć wiedziała, że tak nie jest), że wiele drobnych kawałków szkła utkwilo w jej ciele i wskazywała dokładnie miejsca zranienia. Pamiętała potem obraz upadającego na nią okna, w które wpatrywała się jak zaczarowana, nie mogąc się ruszyć — widziała, jak powoli wysuwa się z zawiasów, zawisa na krawędzi parapetu i zatacza powolny łuk w kierunku jej głowy. Trwało to jej zdaniem kilka minut. Podobne wrażenia opisywali świadkowie tego wydarzenia.

Zaburzenia typu II są następstwem traumy wielokrotnej lub długotrwałej. W tym typie traumy dziecko żyje jak gdyby w oczekiwaniu, spodziewa się jej. W celu zachowania integralności psychicznej, w sposób nasilony stosuje mechanizmy obronne i strategie radzenia sobie takie, jak: **zaprzeczanie, tłumienie, dysocjacja** (odpowiedzialna za znieczulenie ciała, amnezję), **depersonalizacja, odrętwienie, autohipnoza, identyfikacja z agresorem i autoagresja**.

Charakterystyczne dla tego rodzaju zaburzeń emocje to, oprócz lęku: brak uczuć, wściekłość i nieustający smutek, mogą być one niekiedy diagnozowane jako zaburzenia zachowania, nadpobudliwość i zaburzenia związane z deficytem uwagi czy też depresja. Dzieci z tym typem problemów unikają mówienia o sobie. Mają trudności z identyfikacją i wyrażaniem uczuć, przejawiają brak empatii i zmniejszoną wrażliwość na ból. Ich wspomnienia są zamazane i pełne plam. Zaprzeczanie, niepamięć psychogenna, zapominanie wielu fragmentów przeżyć, czasem nawet kilku lat życia, jak również mechanizm odrętwienia emocjonalnego — to sposoby na odsuwanie od siebie traumatycznej rzeczywistości. Wściekłość i autoagresja są dojmujące. Mogą manifestować się próbami samobójczymi lub samookaleczeniami. Agresja jest tak przerażająca, że tworzy bierność, które występują na przemian. Przechodzenie aktywności w bierność oraz identyfikacja z agresorem to sposoby obrony przeciwko wściekłości. W tej grupie zaburzeń diagnozowane są przypadki poważnych zaburzeń osobowości, takich jak antyspołeczna i borderline.

10-letni uczestnik, prowadzonej w Ośrodku Interwencji Kryzysowej, grupy terapeutycznej dla dzieci ofiar długotrwałej przemocy rodzinnej wywoływał gniew i kontrowersje w innych uczestnikach zajęć, ponieważ deklarował nienawiść do małych dzieci i zdradzał swoje fascynacje kultem siły. Pragnął zostać antyterrorystą albo policjantem do zadań specjalnych. Jego marzeniem było posiadanie pistoletu „po to, by móc zabijać złodziei”. W relacji matki, jej syn styranizował życie rodzinne, okupując cały dzień telewizor, który wykorzystywał do odtwarzania brutalnych gier „play station”. Chłopiec miał za złe matce, że przyprowadza go do ośrodka, skoro on nie ma żadnych problemów. Przejawiał bardzo duże trudności w określaniu swoich uczuć: w trakcie zajęć bardzo chętnie rysował pistolety, czołgi i sceny przemocy. Twierdził, że problemy, o których mówią inni uczestnicy zajęć, jego nie dotyczą. Podczas kolonii terapeutycznej kolega zamierzył się na niego nożem. Chłopiec był poruszony i dużo mówił o tym incydencie. Rozmawiając o agresji wspominał ojca i moment, w którym postanowił, że musi mieć broń. Przypomniał sobie, jak siedział przy stole i nie umiał rozwiązać zadania szkolnego — ojciec tłumaczył mu i uderzał jednocześnie ręką w jego głowę. Za każdym uderzeniem ojcowskiej ręki chłopiec słyszał nasilający się huk w środku głowy i stało się dla niego oczywiste, że musi mieć broń. Nie uważał, ażeby jego tata robił coś złego, nie oceniał go i nie krytykował. Był pierwszym, który zobaczył go w kałuży krwi po zamachu samobójczym — po długim okresie znęcania się nad rodziną ojciec, który posiadał strzelbę myśliwską, popełnił samobójstwo niemal na oczach dzieci.

Jeśli jednorazowy uraz powoduje chroniczne konsekwencje lub długotrwałe przeciwności, jak np. wypadek pozostawiający trwałe obrażenia lub kalectwo, utrata rodziców — występuje skrzyżowanie typów traumy [9].

Z punktu widzenia powyższej typologii zaburzeń pourazowych, w przypadku dzieci z doświadczeniami katastrofy powodziowej mamy do czynienia z zaburzeniami typu I.

Doświadczenia własne

W latach 1997 i 1998 miałem możliwość prowadzić zajęcia z dziećmi z okolic wiejskich masywu Śnieżnika w Kotlinie Kłodzkiej. Miały one charakter jednorazowych, 6-godzinnych spotkań grupowych. Uczestniczyły w nich dwie grupy dzieci: jedne doświadczyły traumy powodziowej 3 miesiące temu, drugie — 10 miesięcy przed spotkaniem. Były to dzieci z tych samych miejscowości, chodziły do tych samych szkół. W zdecydowanej większości przeżyły wtargnięcie wody do domu. Część z nich (w każdej grupie około 25 proc.) straciła dom. Nagminne były przypadki poważnych remontów, czasowych przeprowadzek, mieszkania w warunkach zniszczonego i naprawianego domu, doświadczania długotrwałych uciążliwości codziennego życia.

Symptomy reakcji pourazowej u dzieci

Mimo długiego czasu, jaki minął od powodzi i mimo, w przeważającej mierze, dobrych relacji z dającymi wsparcie psychiczne rodzicami — u ponad 60 proc. uczestników spotkań występowały cechy PTSD. Pojawiały się symptomy takie, jak: fotograficzna pamięć doświadczeń zaburzenia snu (koszmary nocne, bezsenność, zapadanie w sen jak zatapianie się w wodzie), uwrażliwienie i wyczulenie na bodźce przypominające wydarzenia traumy (obawy przed deszczem, wiatrem, błyskawicami, kałużami, rzeką), poczucie wyizolowania, osamotnienia, inności, zdziwienie, utrata poczucia rozumienia wydarzeń, dezorientacja, spadek aktywności szkolnej i pogorszenie się wyników w nauce, trudności w koncentracji uwagi, drażliwość, podwyższony poziom agresji, niepokoju, nadpobudliwość psychoruchowa, lęk o najbliższych, lęk przed rozstaniem z rodzicami, przed wychodzeniem z domu, unikanie dotychczasowych dróg, omijanie rzeki, niepamięć wydarzeń traumatycznych, pesymizm co do przyszłości.

Dziewczęta często przejawiały niepokój, poczucie krzywdy, wycofanie. Często, choć były poruszone, nie chciały się wypowiadać. Chłopcy poniżej 11 r.ż. częściej manifestowali zachowania agresywne, nadpobudliwość psychoruchową i trudności w koncentracji uwagi. Dzieci z klas początkowych częściej ogarniał lęk przed rozstaniem z rodzicami, częściej bały się pozostawać same w domu. Typowe dla większości było przekonanie o ponownym wystąpieniu katastrofy powodziowej za rok. Niemal wszyscy uważali, że zmienili się, a czas w swoim życiu dzielą na ten przed powodzią i po powodzi.

Samoopisy dzieci związane z wydarzeniami powodzi miały charakter ambiwalentny. Obok negatywnych emocji i spostrzeżeń takich, jak: gorzej się uczę, gorzej się zachowuję, czuję się samotnie, nie rozumiem tego, co się stało, pojawiały się także wypowiedzi świadczące o dostrzeganiu pozytywnych zmian, przykładowo: jestem bardziej dojrzały, niezależny, ważniejszy, dumny. Podobnie wśród opisów wydarzeń powodziowych oprócz przeważających relacji o bólu, cierpieniu i udręce, pojawiały się wypowiedzi świadczące o przeżywaniu również pozytywnych emocji, związanych z optymizmem i nadzieją, że wszystko ułoży się dobrze, że dzięki doświadczeniu powodzi ludzie staną się lepsi; towarzyszyły temu ciekawość, odwaga, chęć pomocy innym, solidarność, współczucie.

Samoopisy te świadczą mogą o spontanicznym procesie przepracowywania doświadczeń urazowych przez dzieci, a także o pozytywnym wpływie stresu.

Objawy PTSD a czas trwania traumy

Warto zwrócić uwagę na różnice w funkcjonowaniu dzieci w zależności od czasu, jaki upłynął od wydarzeń krytycznych. Miałem możliwość porównać grupę dzieci będących 10 miesięcy po powodzi — a więc grupę z zaburzeniami posttraumatycznymi, z grupą dzieci które przeżyły krytyczne wydarzenia 3 miesiące temu — czyli z ostrym PTSD. Porównanie obu grup wiąże się z następującymi spostrzeżeniami:

W obu grupach występowało podobne natężenie symptomów pourazowych, inny natomiast był charakter problemów.

Z grupą z ostrą reakcją pourazową łatwiej było nawiązać kontakt. Szybciej można było przejść do omawiania problemów, występowała większa koncentracja na zadaniu — więcej czasu poświęcano na omawianie przeżyć traumatycznych. Dzieci w tej grupie cechowały się większą spontanicznością, były bardziej otwarte, wypowiadały się z większą łatwością, lepiej różnicowały wydarzenia, łatwiej było im podawać pozytywne strony doświadczeń, jak również przewartościowywać doświadczenia. Występowała tu większa gotowość do przepracowywania traumy.

W grupie z zaburzeniami posttraumatycznymi („chronicznej”) więcej czasu trzeba było poświęcić na budowanie i utrzymywanie kontaktu, budzenie motywacji do pracy. W grupie tej występował większy opór, niepokój psychoruchowy, odwracanie uwagi i wesołkowatość, niechęć do mówienia o sobie i o traumie. Przejawy te świadczą mogą o występowaniu tzw. membrany traumy [11], czyli psychologicznej linii ograniczającej dostęp innych—obcych — do wspólnej tajemnicy ocalonych. Dostęp do tych tajemnic mogą mieć tylko zaufani. Wspomniana grupa dzieci miała wspólną historię traumy. Musiało upłynąć więcej czasu na przetestowanie terapeuty, czy jest w stanie wszystko zrozumieć, czy można mu zaufać.

Od czego zależały reakcje dzieci?

Refleksja nad źródłami dużego bogactwa symptomów PTSD u dzieci skłania do szukania odpowiedzi na pytania dotyczące prawidłowości w ich sposobach radzenia sobie ze stresem. Przykład grupy starszych chłopców, przejawiających mniejsze natężenie symptomów PTSD, uświadamia, jako jedną z najważniejszych, rolę wymiaru aktywność — bierność w radzeniu sobie z traumą powodziową, chłopcy ci bowiem deklarowali aktywną postawę w trakcie zmagania z żywiołem wody. Dzieci, które mogły tylko biernie przyglądać się wydarzeniom, były nimi zaskoczone w śnie lub które twierdziły, że nic nie mogły poradzić — inaczej reagowały na traumę niż te, które pomagały ratować dobytek, zaznaczały poziom wody lub go pilnowały czy też alarmowały i powiadamiały rodzinę i sąsiadów. Tym można tłumaczyć względnie niski poziom symptomów u 15-letniego chłopca, który był bliski śmierci — ratując zwierzęta został przygnieciony przez drzewo i uwięziony w jego gałęziach, a z drutów podmytej sieci energetycznej sypały się na niego iskry wyładowań elektrycznych. Związek pomiędzy aktywną postawą w trakcie doświadczeń krytycznych a mniejszym poziomem symptomów PTSD przemawiałyby za skutecznością sposobu radzenia sobie, skoncentrowanego na problemie.

Innym wartym podkreślenia czynnikiem, wpływającym na charakter reakcji posttraumatycznych, jest wyobrażanie sobie zdarzeń nie doświadczanych bezpośrednio. Dzieciom

z terenów dotkniętych powodzią, w ramach interwencyjnych oddziaływań pomocy społecznej, organizowano pospiesznie darmowe kolonie. Tymczasem szybka izolacja dzieci od sytuacji zagrażającej ich bliskim powodowała wzmożone przeżywanie traumy w wyobraźni. Przykładowo, 16-letnia dziewczynka nie była obecna w trakcie fali powodziowej, przebywała, bezpieczna, u krewnych swoich rodziców. Po powrocie zobaczyła zmieniony krajobraz, obraz zniszczeń. Dopiero wtedy wyobraziła sobie i uświadomiła lęk o bliskich, swoje pragnienie bycia przy nich, żal z powodu oddalenia, bezsilność i poczucie utraty. Rok od wydarzeń, płacząc, twierdziła, że nie rozumie, co się z nią dzieje i... że czuje się dobrze... Sposób przeżywania tej dziewczynki świadczy nie tylko o jej identyfikacji z najbliższymi, ale także o przywiązaniu do swojej społeczności i najbliższego środowiska. Trauma występuje nie tylko na poziomie indywidualnym, ale i społecznym: świadkowie katastrof, członkowie społeczności, podobnie jak bezpośredni uczestnicy, mogą reagować symptomami zespołu stresu pourazowego [12].

Do innych czynników wpływających na zaburzenia pourazowe u dzieci należy wymienić zasoby indywidualne, sieć wsparcia i kompetencje społeczne, dawały one bowiem większe możliwości wyboru postaw. Duże znaczenie miała także sytuacja psychospołeczna przed powodzią — jeden z chłopców był dawcą szpiku dla brata chorego na białaczkę, rodzina żyła stale w zagrożeniu i oczekiwaniu śmierci.

Postawa rodziców jest ważnym moderatorem stresu. Na stosunek dziecka do przeżyć stresowych wpływało to, czy rodzic pocieszał, wspierał, czy też był skupiony na sobie. Nie jest bez znaczenia to, czy dziecko widziało pomagającego ekipie ratowniczej ojca, czy też płaczącą i bezradną matkę. Także panująca atmosfera — to, jakimi opowieściami i wydarzeniami żyły dzieci, co widziały, przeżyły, usłyszały, co sobie nawzajem przekazywały — wpływała na wyobrażenia i percepcję wydarzeń u poszczególnych uczestników. Ważny także był wiek, rola pełniona w rodzinie (przykładowo, 14-letni chłopiec pełnił rolę gospodarza, zarządcy i mechanika, a nie zależnego małego dziecka) oraz to, jaki był poziom spostrzeganych zmian i strat w otoczeniu.

Przebieg zajęć

Spotkania grupowe rozpoczynały się od jasnego przedstawienia celu związanego z doświadczeniami powodzi, scenariusza przebiegu zajęć oraz od uzgodnienia zasad pracy. W trakcie krótkiej autoprezentacji uczestnicy przedstawiali kilka swoich atutów i pozytywnych cech, aktywując tym samym świadomość własnych zasobów do ponownych zmagania z żywiołem wody w wyobraźni. Po tej części wstępnej następowała część zasadnicza i najdłuższa: opowieści o powodzi. Często zaczynała się ona od zdania: wyobraź sobie, że cofamy taśmę wideo, mamy teraz marzec, luty, styczeń itd. (z opisem widoku zmian pór roku). Kiedy dochodziliśmy do lipca, dzieci same spontanicznie podawały dokładną datę i godzinę rozpoczęcia wydarzeń. Następnie koncentrowaliśmy się na:

a) pierwszym momencie powodzi: i tu dzieci odtwarzały takie wspomnienia, jak nagłe nocne zerwanie się, huk syreny alarmowej, doświadczenie paniki i tumultu we wsi, obraz mułu zalewającego domostwa, bezradne obserwowanie, jak napływa woda i pożera ścianę, kawałek po kawałku, jak wali się podłoga z meblami i rzeczami, ucieczka na górne piętra domu;

b) najgorszym doświadczeniu: dzieci podawały przykłady przerażenia i lęku o rodziców, opowiadały o śmierci sąsiada ratującego dzieci, opisywały widok ginącego

w wodzie człowieka, zsuwających się z łoskotem kamieni i gładów wielkości samochodu, domu po powodzi (fundamenty i kawałek dachu, samotne drzwi z przylepionymi paroma ceglami), płynących altan, szop, małych domków porwanych przez wodę i uderzających w domy mieszkalne, bezradne przyglądanie się utracie dobytku innych ludzi, próby nieskutecznej pomocy, gonitwę po wodzie z wrażeniem ucieczki przed śmiercią, kamienie i gładzi uderzające o most, klęczących ludzi, modlących się do Boga, poczucie żalu i upokorzenia z powodu uczestnictwa kamer telewizyjnych w trakcie akcji ratowniczej;

c) procesie przemian w dzieciach, domostwie i krajobrazie, omawiając ich przeżycia, emocje i zachowania.

Po opowieściach grupa wspólnie wykonywała wielki wór z papieru, który nazwaliśmy workiem prezentów dla św. Mikołaja i do którego dzieci wrzucały kartki z życzeniami lub zapisem najgorszych wydarzeń, których pamięć na jakiś czas chciałyby oddać. Wrzucały wspomnienia zburzonego domu, wody, w której stały zanurzone po szyję, lęku i natrętnych myśli, że zostanie się porwanym przez wodę w czasie snu, żalu po utraconym żółwiu, psie, wspomnienia lęku o brata, który ratował dobytek, lęku o ojca uczestniczącego w akcji ratowniczej, obaw, że wszystkie zwierzęta zginą.

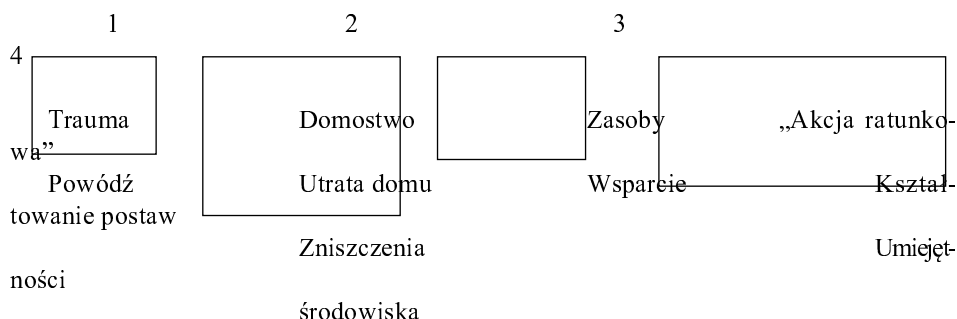
W dalszej kolejności następował blok zabaw ruchowych. Takie ćwiczenia i zabawy, jak: zmniejszająca się tratwa, przerzucanie papierowych gładów rzecznych, przeciąganie liny z papieru, inscenizowanie akcji ratunkowej, „baloniada” były robione w kontekście powodzi, odprężyły, służyły nabieraniu dystansu do negatywnych doświadczeń poprzez humor, odkrywały pomysłowość i zdolność do współdziałania i wzbudzały zawsze dużo śmiechu oraz pogodny nastrój. Po części zabawowej grupa, z krzeseł, materacy, koców, wspólnie budowała „dom-schron”, który miałby ratować przed ewentualną powodzią — tak duży, aby zmieścili się do niego wszyscy, łącznie z prowadzącym. Siedząc przez chwilę w środku omawialiśmy swój bieżący nastrój i samopoczucie, a następnie robiliśmy w nim, jako wspólnym dokonaniu, pamiątkowe zdjęcie.

Ostatnią częścią spotkania było indywidualne i grupowe malowanie obrazów powodzi. Robiliśmy wystawę i autorzy przed grupą opisywali ich treść i uczucia z nimi związane. Pytano ich, co chcieliby zrobić ze swoim obrazem, w jakiej odległości od siebie chcieliby go położyć, być od niego. Często dzieci chciały wyrzucić lub niszczyć obrazek lub kłaść go daleko od siebie. W tym momencie pytano inne dzieci, co widzą pozytywnego, co im się podoba w namalowanym obrazie. Autor poddany był paradoksalnej sytuacji otwierania się na pozytywną stronę swojego doświadczenia. Po takiej rundzie dzieci były skłonne stanąć bliżej rysunku, a nawet brać swoje rysunki do ręki lub na pamiątkę do domu. 15-letni autor obrazu burzy powiedział np., że od teraz ceni deszcz, bo dzięki niemu jest bardziej czujny i wrażliwszy na przyrodę, a błyskawice mają też dobre strony, jak: są piękne, dają energię elektryczną, światło, inspirują do badań przyrody. Metoda ta nawiązuje do koncepcji osvajania Daimoniona Rollo Maya: integracja psychiczna dokonuje się poprzez intencjonalną pracę nad treściami lękowymi i zagrażającymi, zapanowanie nad siłami destrukcyjnymi wiąże się z uświadomieniem, że dziecko samo jest źródłem wartościowania i emocji, a zatem może modyfikować swoje doświadczenie poprzez twórczą zmianę sposobu przeżywania [13, 14, 15].

Część obrazów grupowych została poddana rekonstrukcji: dzieci zamalowywały obrazy katastrofy obrazami wyobrażeń pozytywnych przemian. Ten ważny zabieg sprzyjał

otwieraniu przestrzeni nadziei, odwracał w wyobraźni dziecka sytuację, uwrażliwiał na czas i przemiany, dawał poczucie kreowania i wpływania na sytuację. Na pytanie w części omawiającej spotkanie: „jak daleko teraz jest wasza powódź?”, dzieci odpowiadały najczęściej, że bardzo daleko, o wiele dalej niż na początku rozmowy. Spotkania kończyły się „iskierką”.

Struktura zajęć grupowych



Powyższy schemat przedstawia strukturę treściową spotkania.

1. Blok pierwszy związany jest z odreagowującymi rozmowami o powodzi, z procesem osuwania i przybliżania się do lękowych treści doświadczenia dziecka. Te, konfrontujące z silnymi przeżyciami, rozmowy sprzyjały stabilizacji żywiołowych emocji, wprowadzały element autorefleksji, służyły rozumieniu i racjonalnemu opracowywaniu przez dziecko doświadczeń krytycznych.

2. Drugi obszar treściowy związany jest z wielkim znaczeniem najbliższego środowiska dziecka, które jest źródłem odniesień i przestrzenią oparcia. Zachowania dzieci można rozumieć jako reakcje na utratę lub zagrożenie utraty misternej sieci związków z wartościowymi obiektami doświadczenia: porwane drzewo to drzewo, na które co roku wspinaliśmy się; porwany przez wodę pies to nie jakiś pies, tylko mój Kruczek, który ze mną codziennie sypiał w łóżku; przydomowy ogród to tajemniczy ogród, w którym czarowane miejsca organizowały zabawy i całe dotychczasowe życie; zaginiona zabawka była od kochających rodziców.

3. Blok trzeci i czwarty związany jest z przełamywaniem poczucia izolacji, kształtowaniem świadomości zasobów indywidualnych, poczuciem siły, kontroli i wpływu na wydarzenia oraz z kształtowaniem strategii radzenia sobie.

Każdy uczestnik mógł porównać swoje doświadczenia, zobaczyć, że nie jest sam, a także uświadomić sobie, że krajobraz i sytuacja zmieniają się, a życie się odradza.

Rozumienie zachowań dziecięcych

Zdaniem Terr: „Jeśli wydarzenie urazowe jest wystarczająco intensywne i szokujące, dziecko nie jest w stanie uniknąć traumy” [za: 1]. Wymagania w sytuacji kryzysowej przekraczają możliwości dziecka i podważają dotychczasowe sposoby radzenia sobie. Dziecko konfrontuje się ze skrajną bezradnością i poczuciem zagrożenia. Przeżycia emocjonalne nabierają żywiołowego charakteru, nad którymi nie panuje. Ciągłość przeżywania zostaje przerwana. Jak mówi Kardiner, człowiek z powodu traumatycznego zdarzenia traci zdolność

do efektywnej adaptacji [za: 16]. Objawy pourazowe są próbami przystosowania się do sytuacji traumy, mają więc charakter adaptacyjny. Dziecko nie ma możliwości przetworzenia traumy, ponieważ nie ma dostępu do narracyjnych aspektów pamięci wydarzeń traumatycznych. Psychologiczna siła zdarzeń traumatycznych może być tak duża, że wywołuje reperkusje na poziomie neurobiologicznym – dysharmonię w funkcjonowaniu hipokampa i ciała migdałowatego, mózgowych struktur pamięci. W sytuacjach urazowych doświadczenie jest rejestrowane w pełni jedynie w warstwie emocjonalnej (co związane jest z aktywnością ciała migdałowatego), zaburzony jest natomiast proces opracowywania informacji o zdarzeniu emocjonalnym, „ujmowanie w słowa” (odbywający się na bazie hipokampa). Proces pamięciowy jest złożony. Podczas zdarzenia krytycznego nie dochodzi do pełnego przetworzenia informacji, a zapisana w pamięci wiedza o urazie ma charakter fragmentaryczny, np. dochodzi do utrwalenia wiedzy o cechach sensorycznych wydarzenia, ale już bez ich analizy związanej z nazywaniem, rozumieniem, wnioskowaniem, nadawaniem znaczeń. Pamięć narracyjna zdarzeń traumatycznych ma więc charakter nieskonsolidowany [17].

W pracy z dziećmi ofiarami katastrof odwołujemy się do założeń interwencji kryzysowej. Problemy biorą się z bieżącej sytuacji dziecka. Celem interwencji jest powrót do równowagi. W oddziaływaniach interwencyjnych koncentrujemy się na traumatycznej sytuacji i reakcjach dziecka na doświadczanie urazowe. Terapeuta pośredniczy pomiędzy urazem a podmiotem i wspiera adaptacyjne wybory dziecka, czyli takie, które służą powrotowi do dotychczasowej linii rozwojowej. Stosujemy przy tym strategie takie, jak:

- **normalizacja**, która polega na ukazywaniu, że reakcje, którymi dziecko jest zdziwione lub przestraszone są naturalne; osłabia to koncentrację na symptomach i zapobiega dalszej traumatyzacji przez objawy;
- **wspieranie dziecka w radzeniu sobie**, które związane jest z tworzeniem kontaktu terapeutycznego, uświadamianiem atutów, sił, umiejętności, czyli „punktów oparcia” odwołujących się do zasobów psychospołecznych dziecka;
- **praca nad unikaniem** poprzez odreagowywanie, ekspresję uczuć i zachęcanie do mówienia o doświadczeniach urazowych, oraz
- **przeformułowanie** polegające na zmianie sensu traumatycznego zdarzenia [12, 18].

W pracy nad przełamywaniem kryzysu duże znaczenie ma **autorefleksja** związana z aktywizacją płaszczyzny samoobserwacji [19], a także wykorzystanie typowej dla dzieci skłonności do **humoru**, mającego znaczenie dystansujące [20], oraz **zabawy**.

Można zauważyć, że powyższe wskazania bliskie są strategiom **psychiatrii prewencyjnej**. Zapobieganie zaburzeniom, skracanie czasu ich trwania odbywa się poprzez skupienie uwagi na traumatycznych wydarzeniach, wzmocnienie czynników indywidualnych i rodzinnych odpowiedzialnych za procesy radzenia sobie, zapewnienie natychmiastowej pomocy psychologicznej. Używane w trakcie pierwszej pomocy, konsultacji czy terapii krótkoterminowej strategie takie, jak: wsparcie, budowanie poczucia bezpieczeństwa, udzielanie wyjaśnień, aktywne słuchanie, nazywanie uczuć, ukazywanie związku pomiędzy zdarzeniem a odczuciami, okazywanie troski, konstruktywne działanie — należą do repertuaru oddziaływań interwencyjnych [21].

Oddziaływania terapeutyczne w przypadku doświadczeń krytycznych u dzieci polegają na powrocie do treści urazowych i pomocy w ich przetworzeniu. Wiąże się to z konso-

lidacją pamięci zdarzeń traumatycznych i włączeniem tych treści w obręb świadomej, intencjonalnej struktury przeżyciowej dziecka.

Piśmiennictwo

1. Gordon R, Wraith R. Responses of children and adolescents to disaster. W: Wilson JP, Raphael B, red. International handbook of traumatic stress syndromes. New York: Plenum Press; 1993, s. 561-575.
2. Delamater AM, Applegate EB. Child development and post-traumatic stress disorder after hurricane exposure. <http://www.fsu.edu/~trauma/a3v5i3.html>, 1999.
3. Freedy JR, Shaw DL, Jarrell MP. Towards an understanding of the psychological impact of natural disaster: an application of the conservation resources stress model. J. Traum. Stress, 1992; 5, 3: 441-455.
4. Lifton RJ, Olson E. Ludzki wymiar kataklizmu. Wypadek w Buffalo Creek. Now. Psychol. 1987, 5: 86-107.
5. Bokszczanin A. Psychologiczne konsekwencje powodzi u dzieci i młodzieży. Psychol. Wychow. 2000; 2-3: 172-181.
6. Bokszczanin A, Kaniasty K. Wpływ powodzi 1997 roku na poziom symptomów stresu pourazowego, depresji i samotności u dzieci i młodzieży: rola strategii radzenia sobie z trudnościami [w druku].
7. Smith BW, Freedy JR. Psychosocial resource loss as a mediator of the effects of flood exposure on psychological distress and physical symptoms. J. Traum. Stress 2000; 13, 2: 349-357.
8. Cohen JA, Berliner L, Mannarino AP. Treating traumatized children. A research review and synthesis. Trauma, Violence & Abuse 2000, 1, 1: 29-46.
9. Terr LC 1995: Childhood traumas. An outline and overview. W: Everly GS, Jr, Lating JM, red.: Psychotraumatology. Key papers and core concepts in post-traumatic stress. New York– London: Plenum Press; s. 301-320.
10. Everstine DS, Everstine L. The trauma response. Treatment for emotional injury. New York, London: W.W. Norton & Company; 1993.
11. Echterling LG. A year ago today: the psychology of a disaster's anniversary. <http://cep.jmu.edu/vadisaster/anniversary.htm>, 1987.
12. Lis-Turlejska M. Traumatyczny stres. Koncepcje i badania. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN; 1998.
13. May R. Miłość i wola. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy; 1978.
14. Kawecki M. Metoda Daimoniona (oponowywania sił destrukcyjnych) w pracy terapeutycznej z młodzieżą. X Sympozjum Naukowe Sekcji Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, 1988 (referat nie publikowany).
15. Kawecki M. O integracji i dezintegracji w nerwicy oraz pracy nad sobą. Zdrowie Psychiczne 1989; 3-4: 63-74.
16. Bret EA. Psychoanalytic contributions to a theory of traumatic stress. W: Wilson JP, Raphael B red. International handbook of traumatic stress syndromes. New York: Plenum Press; 1993, s. 61-68.
17. Ścigala E, Maruszewski T. 1999: Kodowanie i przechowywanie zdarzeń traumatycznych. Kol. Psychol. 1999; 7: 107-134.
18. Badura-Madej W, Hennel-Brzozowska A. Punkty oparcia w psychoterapii osób w traumatycznej żałobie. Psychoter. 2001; 2: 69-75.
19. Kępiński A. Poznanie chorego. Warszawa: PZWL; 1978.
20. Frankl V. Homo patiens. Warszawa: Wyd. PAX; 1984.
21. Pynoos RS, Nader K. Issues in the treatment of posttraumatic stress in children and adolescents. W: Wilson JP, Raphael B, red. International handbook of traumatic stress syndromes. New York: Plenum Press; 1993, s. 535-550.