



Seria: ZDROWIE PSYCHICZNE

Łukasz Krawętkowski

Wsparcie ucznia z traumą



Łukasz Krawętkowski

Wsparcie ucznia z traumą

Ośrodek Rozwoju Edukacji
Warszawa 2022

Redakcja merytoryczna
Wydział Wychowania i Profilaktyki
Jolanta Zawór

Redakcja językowa i korekta
Marzena Odzimek-Jarosińska

Projekt okładki, layout,
redakcja techniczna, skład
Barbara Jechalska

Fotografia na okładce: © coconat/Photogenica

Projekt graficzny serii *Zdrowie psychiczne*
Barbara Jechalska

Ośrodek Rozwoju Edukacji

Warszawa 2022

Wydanie I

ISBN 978-83-67366-25-0

Seria *Zdrowie psychiczne* ISBN 978-83-66047-92-1

Publikacja jest rozpowszechniana na zasadach licencji Creative Commons

Uznanie autorstwa – Użycie niekomercyjne (CC BY-NC):

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.pl>

Ośrodek Rozwoju Edukacji
Aleje Ujazdowskie 28
00-478 Warszawa
www.ore.edu.pl
tel. 22 345 37 00

Spis treści

Zamiast wstępu: Marzena i Krystian – zachowania typowe czy strauumatyzowane?	5
1. Trauma – źródła i następstwa	7
Ogólna charakterystyka traumy	7
Trauma kumulacyjna oraz trauma interpersonalna	8
Skutki traumy	8
To samo cierpienie.....	9
Skutki traumy – cierpienie globalne	9
Psychoneurologia skutków traumy.....	12
Źródła traumy.....	14
2. Tymczasowe rozregulowanie a zaburzenia i choroby potraumatyczne	21
Psychologiczne skutki traumy: trudności – zaburzenia – choroby	21
3. Uczniowie z doświadczeniem traumy w szkole	34
4. Uczniowie uchodźczy w polskiej szkole	38
5. Współpraca z rodzicami, opiekunami dziecka.....	45
6. Zmęczenie współczuciem (wtórna trauma) u osób pomagających	48
Zamiast zakończenia – kilka wskazówek dla osób udzielających wsparcia.....	49
Bibliografia.....	50
Akty prawne	53

Zamiast wstępu: Marzena i Krystian – zachowania typowe czy strauumatyzowane?

Na początek proponuję zapoznać się z opisem funkcjonowania dwojga uczniów: Marzeny oraz Krystiana.

Marzena

Marzena chodzi do IV klasy szkoły podstawowej. Często podkreśla, jak bardzo się cieszy, że już nie musi siedzieć przed komputerem i może się spotykać ze znajomymi.

Nauczyciele opisują ją jako ruchliwą dziewczynkę, która niejednokrotnie zagaduje do innych i często zgłasza się podczas lekcji. Jej wypowiedzi niekiedy są niejasne, lekko chaotyczne. Czasami nieadekwatnie odpowiada na zadane pytania. Lubi dużo mówić i opowiadać różne historie.

Wychowawczyni otrzymała informację od nauczycielki wychowania fizycznego, że dziewczynka zachowuje się agresywnie podczas gier zespołowych: dużo i głośno krzyczy. Zdarza się jej obrażać koleżanki i kolegów.

Matka Marzeny twierdzi, że córka nie przypomina sobie wielu sytuacji – jakby straciła pamięć. Kobieta uważa tak, ponieważ pamięta wiele szczegółów przeszłych wydarzeń, ale dziewczynka ich nie potwierdza. Dodatkowo z nikim nie chce rozmawiać o czasie zdalnego nauczania, kiedy czuła się gorzej. Szybko się wtedy denerwuje, wstaje, wykonuje gwałtowne ruchy, podnosi głos. Rodzice podzielają spostrzeżenia nauczycieli, że dziewczynka zachowuje się jak łobuziara.

W ostatnim czasie nikt z jej otoczenia nie zauważył, by wyrażała jakąkolwiek sympatię do kogokolwiek. Uczennica najczęściej jest albo czymś podekscytowana, albo szybko się denerwuje. Zdenerwowanie pojawia się ostatnio częściej w kontaktach z innymi. W szczerej rozmowie z psycholog szkolną dziewczynka przyznała, że w czasie epidemii było jej bardzo smutno i czuła się bezradna, ponieważ jej rodzice przez długi czas w ciągu dnia nie byli dla niej dostępni – przebywali poza domem albo byli zaangażowani w pracę zdalną – załatwiali różne sprawy urzędowe związane z ich działalnością gospodarczą; robili zakupy do firmy lub do domu. Od czasu epidemii minęło już kilka miesięcy.

Koledzy mówią, że na informatyce Marzena świruje. Nauczyciel twierdzi, że uczennica nie może się skoncentrować – zachowuje się tak, jak gdyby nie rozumiała prostych poleceń, a wykonanie ćwiczeń zdaje się przerastać jej możliwości.

Dziewczynka sprawia wrażenie, jakby nagle nie umiała obsługiwać komputera – „jakby cofnęła się w rozwoju” – twierdzi nauczyciel informatyki. Taki sposób jej funkcjonowania obserwowany jest od około trzech miesięcy.

Krystian

Krystian jest uczniem VII klasy. Wychowawca twierdzi, że jego zachowanie w tym roku szkolnym trochę się zmieniło. Przeszkadza innym podczas lekcji. Jest niestabilny. Takie zachowanie bardzo dziwi wychowawcę, ponieważ wcześniej Krystian nie zachowywał się w taki sposób. Wychowawca zastanawia się, czy jest to związane z jakimś wydarzeniem w szkole – może w poprzednim roku szkolnym zdarzyło się coś znaczącego. Uważa, że przyczyną takiego zachowania ucznia może też być fakt, że to ostatnia klasa i czeka go egzamin ósmoklasisty, a wie, że Krystian jest ambitnym chłopcem. Aktualnie jego wyniki w nauce obniżyły się. Dotychczas uczeń otrzymywał wysokie oceny, nie miał problemów z nauką. Miał też dobre relacje z rówieśnikami. Brał nawet udział w konkursach kuratorskich. Wychowawca twierdzi, że postawa Krystiana zmieniła się jakieś trzy, cztery miesiące temu.

U chłopca widoczne są dziwne wahania. Według wychowawcy – Krystian ma wyraźne huśtawki nastroju. Raz jest spokojny, cichy, a innym razem bez powodu pobudzony, atakuje słownie inne dzieci; mówi podniesionym tonem, wykonuje gwałtowniejsze ruchy.

Z informacji od rodziców wynika, że zamyka się w pokoju, gra na komputerze w gry internetowe, korzysta ze smartfona i czyta książki. Zaprzecza jakimkolwiek trudnościom. Mówi, że ma kontakt z kolegami i koleżankami, rozmawia z nimi za pomocą Messengera i przez telefon. Rodzice twierdzą, że bardzo rzadko wychodzi. Jeżeli już, to tylko przed blok.

Proszę odpowiedzieć na pytania:

- 1) Czy powyższe opisy wskazują na występowanie zaburzeń, schorzeń psychicznych? Czy widoczne są objawy psychopatologiczne?
- 2) Jeżeli występują objawy psychopatologiczne, to jakiego rodzaju?
- 3) Które objawy są istotne klinicznie, by na ich podstawie wskazać zaburzenia psychiczne?
- 4) Który opis wskazuje na zaburzenia posttraumatyczne?
- 5) Jaka pomoc byłaby wskazana dla każdego z ww. uczniów?

W dalszej części tekstu będzie można znaleźć odniesienie do opisywanych osób.

1. Trauma – źródła i następstwa

Ogólna charakterystyka traumy

Traumę można opisać jako: niedokończoną sytuację z przeszłości; usztywnienie percepcji¹; niedokończone doświadczenie, tj. niezdolność do wycofania zaangażowania – nieumiejętność przyswojenia doświadczenia i funkcjonowania w harmonijny sposób. Domknięcie, czyli zintegrowanie doświadczenia polega na tym, że osoba jest w stanie wykorzystać nowe doświadczenie do dalszego, niezaburzonego (harmonijnego), satysfakcjonującego życia (funkcjonowania) w świecie, w relacjach z innymi. Niedokończonym sytuacjom z przeszłości towarzyszy brak ekspresji uczuć, ponieważ nie są w pełni uświadomione, przeżyte, doświadczane, uwolnione i wyrażone. Utrudnia to osobie osiągnięcie satysfakcji w życiu i poczucia spełnienia. Przeżycia te osłabiają ją, ograniczają możliwości wykorzystywania zasobów osobistych, nierzadko prowadząc do różnego rodzaju fiksacji w funkcjonowaniu behawioralnym, poznawczym czy emocjonalnym. Zwiększa się wtedy dysharmonia funkcjonowania jednostki w różnych sferach jej życia. Dziecko z takim doświadczeniem – w pewnym sensie – nie jest sobą; postępuje inaczej, jego zachowanie jest niestabilne i trudno mu na nie wpływać. Dziecko jest bardzo, bardzo rozregulowane.

Trauma jest zdarzeniem lub serią wydarzeń mniej lub bardziej frustrujących i/lub niebezpiecznych. Osoba, przeżywając jakąś sytuację, próbuje poniekąd uporać się skutecznie z danym doświadczeniem oraz zamknąć pewien etap, „dokończyć” daną sprawę. Niedokończone sprawy powodują, że osoba poszukuje drogi i możliwości dopełnienia tych doświadczeń. Mogą one przybierać na intensywności i tym samym przekształcać się w udręczenie, nadmierne zaabsorbowanie, kompulsywne² zachowania, opresyjne działania, napięcie, lęk, niepokój i nierzadko autodestrukcyjne działania (Vidakovic, 2013).

Trauma to bezpośrednie, osobiste przeżycie zdarzenia związanego ze śmiercią lub z poważnym zagrożeniem dla zdrowia i/lub życia osoby albo z poważnymi obrażeniami i/lub innymi zagrożeniami dla integralności psychofizycznej osoby; również z byciem świadkiem różnych sytuacji (śmierci, ryzyka śmierci, obrażeń, zagrożenia naruszenia lub utraty integralności

¹ Zachowania skoncentrowane i ograniczone na jednym obszarze, np. osoba silnie skoncentrowana na bodźcach słuchowych pochodzących od dziecka nie jest w stanie rejestrować wypowiedzi dorosłych.

² Kompulsywne – wielokrotnie powtarzane czynności przez dłuższy czas, bez przerwy, o dużej liczbie powtórzeń, np. kilkanaście, kilkadziesiąt razy naciskanie klamki mającej na celu sprawdzenie, czy drzwi wejściowe zostały zamknięte na zamek.

psychofizycznej innej osoby); z otrzymaniem wiadomości o wyżej wymienionych sytuacjach, które dotyczą członka rodziny lub innej bliskiej osoby.

Osoba reaguje na taką sytuację silnym przestrawem, poczuciem niemocy z powodu nieotrzymania rady. U dzieci widoczna jest dezorganizacja zachowania, pobudzenie lub zahamowanie (np. tzw. zamrożenie).

(Briere, Scott, 2010; Rothschild, 2014; Hodgkinson, 2013; Włoch-Hyla, 2018)

Trauma kumulacyjna oraz trauma interpersonalna

W kontekście funkcjonowania dzieci i młodzieży narażonej na zdarzenia traumatyczne można spotkać się z ważnymi pojęciami: trauma kumulacyjna oraz trauma interpersonalna. Trauma kumulacyjna jest pewnym rodzajem cierpienia przeżywanego przez dziecko. Wpływ na odczuwanie cierpienia mają różne sytuacje i doświadczenia wywołujące sumarycznie traumatyczny efekt w funkcjonowaniu dziecka. Powtarzające się od czasu do czasu incydentalne zdarzenia nie muszą mieć znaczącego wpływu na życie dziecka. Gdy są skumulowane i złożone w całość, doprowadzają jednak do silnego urazu. W efekcie dziecko przeżywa traumę i doświadcza jej skutków intensywnie, chronicznie (Krawętkowski, 2021b).

W opisach objawów traumatycznych złożonych z traum kumulacyjnych używa się niekiedy różnych pojęć: zaburzenia stresu skrajnego, gdzie indziej niesklasyfikowanego (DESNOS – *Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified*), złożony syndrom pourazowy lub złożony zespół stresu posttraumatycznego (complex PTSD).

Trauma interpersonalna dotyczy zatem wszelkich urazowych doświadczeń dziecka związanych z kontaktami z innymi ludźmi. Dlatego też zaliczyć można do niej przemoc domową, w tym nadużycia seksualne oraz nękanie, prześladowanie, tortury itp. (Briere, Scott, 2010).

Skutki traumy

Doświadczenie traumatyczne pozostawia ślad w funkcjonowaniu dziecka. Głównymi skutkami doświadczeń traumatycznych u dziecka są:

- zaburzone poczucie bezpieczeństwa;
- obniżone zaufanie do własnych możliwości oraz osób z otoczenia;
- szkody w funkcjonowaniu somatycznym, zaburzenia funkcjonowania procesów fizjologicznych;
- zaburzenia i choroby psychiczne;
- zachowania autodestrukcyjne;

- flashbacki;
- obniżony nastrój.

To samo cierpienie

W pewnym sensie reakcje dziecka, które doświadczyło traumy, na każdym etapie rozwoju będą do siebie podobne. Niezależnie od wieku dziecko będzie wykazywało:

- lęk w różnym stopniu i nasileniu;
- utratę zainteresowań (szkołą, hobby, spotkaniami z rówieśnikami itp.);
- zakłócenia w zasypianiu i utrzymaniu snu;
- zachowania regresywne (Strzelecka-Lemiech, 2015; Krawętkowski, 2021b; Krawętkowski, 2021c).

Skutki traumy – cierpienie globalne

Osoba, która doświadczyła traumy, jest nią dotknięta globalnie – doznaje cierpienia w różnych obszarach swojego życia (Vidakovic, 2013):

- **GRANICE OSOBISTE**
 - W funkcjonowaniu dotyczącym wyznaczania osobistych granic, osoba wykazuje się nadmiarową sztywnością, zamknięciem, ograniczeniem, izolowaniem się, zahamowaniem, niedopuszczaniem do siebie, zamykaniem się na kontakt z innymi ludźmi. Dziecko takie unika kontaktu z rówieśnikami. Dotychczasowe znajomości, przyjaźnie ulegają zubożeniu albo przerwaniu. Ma bardzo ograniczony kontakt z rówieśnikami lub wiele krótkotrwałych kontaktów, nierzadko intensywnych (np. używanie substancji psychoaktywnych).
 - Może być też przeciwnie: osoba nie wyznacza osobistych granic, są one płynne, jakby nieistniejące, zamazane. Wówczas taką osobę cechuje słaba umiejętność chronienia siebie lub całkowity brak takich umiejętności. Dziecko takie narażone jest na dodatkowe urazy, wtórną wiktymizację i kolejne cierpienie. To wówczas może doprowadzić do następnych trudności i zaburzeń w funkcjonowaniu.
- **TWORZENIE KONTAKTU**
 - Pod wpływem doświadczenia traumatycznego funkcje kontaktu ulegają znacznej zmianie. Osoba wykazuje trudności z utrzymywaniem kontaktu wzrokowego, jest szczególnie wrażliwa na dotyk, reaguje specyficznie na bodźce wzrokowe, słuchowe: najczęściej wzdraganiem się, innymi impulsywnymi zachowaniami (tzw. reakcje lękowe). Te podstawowe funkcje kontaktu nie służą już w pełni i w harmonii do podejmowania oraz podtrzymywania kontaktu z innymi osobami. Poprzez to kontakt innych osób

z osobą po doświadczeniu traumatycznym jest równie utrudniony lub niekiedy wręcz niemożliwy. Dziecko z takim doświadczeniem ma również osłabione, działające w ograniczonym, selektywnym stopniu możliwości poznawcze, reakcje emocjonalne; jego percepcja oraz przetwarzanie poznawcze nie funkcjonują sprawnie; uwaga jest bardzo ograniczona, tzw. sztywna, zawężona.

- Dzieci po doświadczeniu traumatycznym albo są znacznie pobudzone, albo izolują się, niekiedy ich funkcjonowanie opisuje również dynamika: izolacja – rozhamowanie. To skutki traumy.

- **POTRZEBY**

- Ten obszar również jest ograniczony, zachwiany – u osoby zauważalny jest brak potrzeb; zainteresowania, działania związane z zaspokajaniem potrzeb są zawężone. Można niekiedy odnieść wrażenie, że dziecko niewiele potrzebuje.
- Dzieci takie często nie wiedzą, czego chcą, trudno im określić własne potrzeby. Hobby, zainteresowania zdają się nie istnieć.

- **WYBORY**

- Pojawia się także niezdolność lub ograniczona zdolność dokonywania wyborów, podejmowania działań mających na celu zaspokajanie potrzeb. Osoba nie wie, co zrobić, w jaki sposób, w którym kierunku zmierzać, by zaspokoić własne potrzeby, zadbać o siebie.

- **TOŻSAMOŚĆ**

- Osoba doświadcza siebie w sposób odmienny. Można stwierdzić, że odczuwanie siebie, własnej tożsamości, doświadczanie osobowości jest inne od poprzedniego. Dziecko w dużym stopniu nie jest już takie samo jak dawniej.
- Osobie trudno asymilować nowe doświadczenia, rozwijać się, zmieniać, budować, kształtować. W opisie takiej osoby można znaleźć stwierdzenia, że to nie jest ten sam uczeń, trudno go rozpoznać.

- **EMOCJE**

- Osoba najczęściej jest przytłoczona swoimi emocjami.
- Osoba doświadcza wielu różnych, intensywnych, zmieniających się emocji.
- Emocje te przytłaczają i w pewnym momencie lub okresach życia przestają być odczuwalne.
- Nierzadko można je opisać jako chaotyczne, podzielone, urywane i trudno dostępne w danej chwili.
- Dość często osoba wykazuje się znaczną niestabilnością, labilnością.
- Osoby, które doświadczyły traumy po wielokroć przeżywają smutek, gniew, a także poczucie wstydu, żalu, winy.

Charakterystyczne objawy w poszczególnych etapach rozwojowych

Różnice w funkcjonowaniu dziecka będą bardziej związane z jego specyficzną ekspresją, z jego osobowością i z temperamentem. Znaczącym kryterium jest odstępstwo od normalnego, dotychczasowego funkcjonowania. Jeżeli ktoś stwierdzi, że zachowanie ucznia nie jest zgodne z dotychczasowym, to powinien zwrócić uwagę na ten stan.

Poniżej zostały wymienione charakterystyczne zachowania na poszczególnych etapach rozwoju, które wskazywać mogą na kryzysowe funkcjonowanie dziecka doświadczającego traumę. Kryzysowe, czyli wymagające interwencji i pomocy interdyscyplinarnej³.

Dzieci w wieku 1–5 lat

- moczenie nocne, nietrzymanie moczu, kału, obstrukcje;
- ssanie kciuka;
- strach przed zwierzętami;
- lęk przed ciemnością;
- obawa przed pozostaniem w samotności;
- koszmary senne;
- zaburzenia wypowiedzania się, trudności w mówieniu;
- zaburzenia w odżywianiu (brak apetytu, niechęć do jedzenia, nadmierna chęć jedzenia, żarłoczność);
- stupor, bezruch;
- bardzo częsta chęć bliskiego, fizycznego kontaktu z opiekunami.

Dzieci w wieku 5–11 lat

- nerwowość, drażliwość, szybkie irytowanie się;
- płaczliwość;
- atakujące zachowania wobec innych osób (np. rodzeństwa – po to, aby zyskać dodatkową uwagę opiekuna);
- zanik zainteresowań;
- obawy i lęki przed ciemnością, zaśnięciem w samotności, porzuceniem, pozostawieniem w samotności, doznaniem krzywdy i urazu;
- dezorientacja;
- bardzo częsta chęć bliskiego, fizycznego kontaktu z opiekunami.

Dzieci w wieku 11–14 lat

- atakujące zachowania wobec innych;
- zaburzenia snu;

³ Interdyscyplinarnej – tzn. angażującej specjalistów różnych profesji (dyscyplin); najczęściej psychologa, psychoterapeuty, psychiatrę, lekarza pediatrę, terapeuty pedagogicznego.

- niechęć do podejmowania działań, w które wcześniej dziecko się angażowało;
- niższe noty w szkole;
- konflikty z innymi;
- nietypowe objawy fizyczne, somatyczne: bóle głowy, wykwity skórne, trudności z trawieniem, bóle różnych części ciała (głowy, brzucha, kończyn itp.);
- obawy, strach, lęk przed doznaniem krzywdy, utratą bliskich i znajomych, stratą domu;
- zaprzeczanie.

Dzieci w okresie dorastania w wieku 14–18 lat

- wyraźne reakcje cielesne, fizyczne: wysypka, trudności w oddychaniu, problemy z trawieniem, bóle różnych części ciała;
- zaburzenia apetytu;
- zaburzenia snu;
- zaburzenia menstruacyjne;
- zaburzenia uwagi;
- zachowania hipochondryczne;
- pobudzenie lub zahamowanie zachowania;
- spadek zainteresowania rówieśnikami (płcią, kontaktami, ich zajęciami itp.);
- zachowania ryzykowne, w tym o charakterze przestępczym;
- używanie, nadużywanie substancji psychoaktywnych;
- rezygnacja z działań buntowniczych, szczególnie tych dotyczących relacji z opiekunami (rodzicami);
- obawy i lęki o różnicowanym charakterze;
- częste, wyraźne okazywanie gniewu;
- obwinianie innych i siebie.

(James, Gilliland, 2010; Greenstone J., Greenstone L., 2004; Strzelecka-Lemiech, 2015; Krawętkowski, 2021b; Krawętkowski, 2021c; Stefańska-Klar, 2011).

Wyżej wymienione objawy mogą wystąpić w innych okresach rozwoju dziecka (np. 18-latek ssący kciuk) i wskazywać na zaawansowane, intensywne i głębokie cierpienie dziecka.

Psychoneurologia skutków traumy

Odczucie stresu oraz aktywne reakcje stresowe pourazowe, w tym wspomnienia traum, powodują utratę możliwości elastycznego reagowania. Związane jest to z aktywowaniem się specyficznego stanu umysłu, który zaburza zdolność myślenia i uniemożliwia nawiązywanie konstruktywnego, wspierającego kontaktu z dzieckiem. Ten proces umysłowy nazywany jest niską (nieświadomą) drogą przetwarzania. Tryb ten generuje pojawienie się intensywnych uczuć, zawężenie

świadomości, działania w trybie odruchowym. Komunikacja jest w znacznym stopniu ograniczona, a reagowanie nastawione na jeden z trybów: ucieczki, ataku lub zamrożenia. Dzieci w takim stanie wykazują silną potrzebę kontaktu z opiekunem, chcą być blisko fizycznie, reagują głośnym zachowaniem w celu utrzymania uwagi opiekuna i kontaktu z nim. Dziecko (po części) reaguje automatycznie, w sposób pierwotny, tj. nastawione jest na przetrwanie, zapewnienie sobie bezpieczeństwa. W takim stanie wysoka droga przetwarzania na bieżąco nie jest aktywna. W procesie wysokiej drogi przetwarzania aktywna jest przednia, górna część mózgu. Dziecko działa świadomie, celowo i myśli racjonalnie. Taki stan umysłu umożliwia komunikację, porozumienie i udzielanie adekwatnego wsparcia.

W niskiej drodze przetwarzania największy udział biorą dolne partie mózgu, w tym układ limbiczny, który jest silnie pobudzony. Działa tutaj często tzw. pamięć ukryta, której przejawy widoczne są we *flashbackach*⁴ czy we fragmentach dawnych wspomnień. Hipokamp – część mózgu – odpowiada za tzw. pamięć jawną. W połączeniu z innymi strukturami w części limbicznej mózgu, którymi są: ciało migdałowe, przedni zakręt obręczy oraz kora oczodołowo-czołowa, bierze udział w procesie integracji i konstruktywnego przetwarzania doświadczeń. Oznacza to, iż zdarzenia traumatyczne aktywują ww. obszary w mózgu i brak wsparcia psychicznego dla dziecka, które doznało traumy, może sprzyjać dalszemu utrzymaniu rozregulowania działania tych struktur mózgowych.

Ciało migdałowe odpowiada za przetwarzanie emocji, a szczególnie lęku. Wpływa na nadawanie znaczeń i odpowiednie reagowanie. Przedni zakręt obręczy znajdujący się nad ciałem migdałowym odpowiada za połączenia myślenia z odpowiednimi funkcjami organizmu. Głównie odpowiada za reakcje w kontaktach społecznych oraz za ból fizyczny. Kora oczodołowo-czołowa (kora mózgowa) odpowiada za myślenie abstrakcyjne, refleksję oraz samoświadomość, w tym procesy skojarzeniowe. Trauma zaburza równowagę funkcjonowania tych obszarów mózgu.

Inne części układu nerwowego odpowiedzialne za samoregulację: układ sympatyczny i parasympatyczny wskutek traumy są również rozregulowane. Jeżeli układ sympatyczny jest aktywny, to wywołuje pobudzenie, zwiększenie energii w działaniu, które może rozwinąć się w nadpobudliwe zachowanie. Drugi układ – parasympatyczny – odpowiada za hamowanie, zatrzymanie, za tzw. reakcje zamrożenia. Pod wpływem traumy funkcjonowanie tych układów jest zaburzone. Poprzez nierównowagę, dysharmonię funkcjonowania (aktywizacji

⁴ Flashbacki – tzw. przebliski pamięci, bardzo realistyczne wrażenia polegające na tym, że osoba ponownie doświadcza traumy z przeszłości; jakby realistyczne wspomnienie traumatycznego zdarzenia. Są to reakcje charakterystyczne dla zespołów stresu występujących po traumie.

i zatrzymania działania tych układów) dziecko nie jest w stanie osiągnąć odpowiedniej samoregulacji, by zaspokajać swoje potrzeby i rozwijać się. Układy te mają wpływ na zachowanie.

Nadmierny stres wynikający z nawracających doświadczeń związanych z traumą, zagubienie, silne rozregulowanie i trudności w osiągnięciu równowagi psychicznej jest stanem pobudzenia, w którym organizm dziecka produkuje hormony takie jak: kortyzol, adrenalina, noradrenalina. Ich nadmierne ilości w organizmie powodują trudności z efektywnym i szybkim ich metabolizowaniem. Wywołują tym spiralę stresu, która wyrządza szkody na poziomie fizycznym, psychicznym i społecznym. Ogólnie rzecz ujmując, zbyt duże ilości wspomnianych hormonów mogą wpływać destrukcyjnie na budowę oraz funkcjonowanie układu nerwowego i osłabiać m.in. osłony mielinowe w układzie nerwowym – tym samym rozregulowywać przesyłanie impulsów nerwowych. Wówczas dziecko ma poważne trudności z pobudzeniem i hamowaniem reakcji. To wpływa na jego samopoczucie, zwiększa nerwowość w zachowaniu, wzmacnia lęk, irytację, a w konsekwencji oddziałuje negatywnie na kontaktowanie się z innymi dziećmi i dorosłymi, utrudnia budowanie relacji. Tak rozregulowane procesy rozwoju emocjonalnego, społecznego, biologicznego oddziałują na kształtowanie się osobowości młodego człowieka. Dzieci stonowane i opanowane mogą zachowywać się w sposób rozhamowany, generować konflikty interpersonalne, mieć trudności z budowaniem relacji. Działa to również w przeciwną stronę, dzieci ekstrawertyczne, otwarte i chętne do kontaktów mogą zacząć się izolować, wycofywać, znajdować satysfakcję w postawie alienacji (Siegel, Hartzell, 2015; Rothschild, 2014; por. Krawętkowski, 2021d).

Źródła traumy

Różne sytuacje, wydarzenia, okoliczności – w zależności od swojej specyfiki – mogą się stać wydarzeniem traumatycznym dla osoby. Zdarzenia ekstremalne, bardzo intensywne w przeżyciu będą dla osoby najprawdopodobniej urazem, który wywoła cierpienie i stanie się zdarzeniem traumatycznym. Najczęściej jako źródła traumy wymienia się doświadczenia:

klęski żywiołowe

masowa przemoc interpersonalna

opieka zastępcza

epidemia

katastrofy komunikacyjne

wypadki samochodowe

pożary budynków

śmierć bliskich

napaści o charakterze seksualnym

napaść fizyczna ze strony obcej osoby

atak fizyczny ze strony bliskiej osoby

tortury

przemoc domowa

cyberprzemoc

- **Kłęski żywiołowe**

Są to duże, niespowodowane bezpośrednio przez człowieka, wydarzenia w środowisku naturalnym związane z żywiołami. Powodują urazy w różnych obszarach, głównie fizycznym i emocjonalnym. Doprowadzają również do śmierci. Wywierają znaczący negatywny wpływ na duże grupy osób. Należą do nich m.in.: powodzie, trzęsienia i osunięcia ziemi, pożary, lawiny, trąby powietrzne, wybuchy wulkanów (Briere, Scott, 2010).

- **Masowa przemoc interpersonalna**

Zamachy, ataki terrorystyczne, ataki na zbiorową komunikację miejską, silnie stresujące wydarzenia, np. strzelaniny w szkołach, a także działania łamiące prawa człowieka w niektórych krajach to kolejny przykład zdarzeń traumatycznych. Doświadczają ich całe grupy, właściwie społeczności (Briere, Scott, 2010). To również bycie ofiarą wojny, która najczęściej zmuszona jest do ucieczki z własnego kraju. Osoby wówczas stają się uchodźcami.

- **Adopcja, opieka zastępcza**

Adopcja może być również doświadczeniem traumatycznym ze względu na stres, którego doświadczają dzieci. Stres ten najczęściej związany jest z zerwaniem więzi z rodzicami, ze zmianą opiekunów i miejscem przebywania. Znaczenie ma także to, czy rodzice żyją oraz powody, dla których dziecko umieszczane jest w pieczy zastępczej, w rodzinie adopcyjnej. Dzieci umieszczane w pieczy zastępczej doświadczają gniewu, smutku, lęku; tęsknią za rodzicami. Ich poziom

bezpieczeństwa, poczucia własnej wartości i pewności siebie jest dość niski. W różny sposób próbują sobie poradzić z daną sytuacją. Uciekają z domu, niekiedy podejmują działania o charakterze przestępczym (np. kradzieże), atakują innych, samookaleczają się, nadużywają środków psychoaktywnych. Sytuacja, w której czuły się względnie bezpiecznie, drastycznie ulega zmianie. Swojego rodzaju przymus adaptowania się do nowej sytuacji stanowi dla nich ciężkie i trudne do zniesienia przeżycie.

Dziecko (paradoksalnie) woli przebywać pod opieką rodziny dysfunkcyjnej, ponieważ jest to dla niego środowisko znajome pod względem emocjonalnym, do którego zaadaptowało się na wielu poziomach i umie się w nim odnaleźć oraz w miarę zaspokajać swoje potrzeby.

Dodatkowo istotne jest podkreślenie fundamentalnego zjawiska, którym staje się więź dziecka z pierwotnymi opiekunami⁵. Zerwanie tej więzi, jej utrata stanowi często doświadczenie traumatyczne dla dziecka. Osoba, która do tej pory była „bezpieczną przestrzenią” dla niego, zapewniała mu bezpieczeństwo, przetrwanie, swobodną egzystencję i wspierała jego rozwój na wielu poziomach, przestała to robić. W takiej sytuacji zbudowanie nowej więzi jest bardzo trudne.

• Epidemia

Epidemia przyniosła mnóstwo cierpienia związanego z różnymi obszarami codziennej egzystencji. Zagrożenie utratą zdrowia lub życia dla wielu osób stawało się źródłem lęku, gniewu, ostatecznie – ataków paniki, obniżonego nastroju i depresji. Dorośli tracąc zdrowie, tracili źródło utrzymania. Występująca przez długi czas niepewność o możliwość dalszej pracy, strach przed utratą jej oraz zdrowia znacząco chwiały poczuciem bezpieczeństwa. To powodowało silny dyskomfort i stres, który wpływał znacząco na kontakty interpersonalne. Zamknięcie w domach, brak możliwości korzystania z przestrzeni otwartych, brak możliwości bezpośrednich spotkań z ludźmi wywoływał różnego rodzaju cierpienie. Doprowadzało to do wielu nadużyć, w tym do przemocy, do rozwoju objawów uzależnień, a nawet generowało uzależnienia od substancji czy uzależnienia behawioralne⁶. Brak bezpośrednich kontaktów interpersonalnych odebrał wielu ludziom możliwość korzystania ze wsparcia społecznego i wywołał cierpienie. Trudności takie jak: brak bezpośredniego, osobistego spotkania, brak dostępu do internetu, problemy techniczne dotyczące sprzętu i oprogramowania przyczyniały się do pogłębienia cierpienia (poprzez wspomnianą izolację). Ważnym

⁵ Najczęściej są to rodzice biologiczni dziecka. Mogą być również inni opiekunowie.

⁶ Uzależnienia behawioralne – to czynności powtarzane przez osobę w sposób wielokrotny, długotrwały, poza kontrolą i przynoszące przyjemne, intensywne doznania. Należą do nich między innymi: pracobolizm, zakupobolizm, hazard, seksoholizm, uzależnienie od korzystania z portali społecznościowych w internecie.

zjawiskiem była chęć uczestniczenia uczniów w zajęciach i jednocześnie niechęć do pokazywania twarzy w kamerze, otoczenia w mieszkaniu, własnego pokoju, rodziców, postaw i zachowań opiekunów czy młodszego rodzeństwa. Różne grupy uczniów, w tym szczególnie nastolatków, nie chciały pokazywać się z bliska i ujawniać swojej prywatnej przestrzeni. Wymagania w tym zakresie były dla uczniów dodatkowo stresujące, a stałość tych wymagań wywoływała u nich cierpienie psychiczne. Między innymi dlatego, że naruszały ich granice osobiste.

W ciągu dwóch, trzech lat będą widoczne wyraźne skutki tych urazowych doświadczeń. Obecnie już odnotowywane są tzw. zaburzenia postpandemiczne⁷, które w obrazie klinicznym podobne są zarówno do zaburzeń stresu pourazowego, jak i zaburzeń lękowych oraz depresyjnych o specyficznej etiologii.

- **Katastrofy komunikacyjne**

Katastrofy komunikacyjne to wydarzenia, które dotyczą dużej grupy osób, dzieją się na szeroką skalę i związane są z przewozem, z transportem ludzi. Są nimi katastrofy lotnicze, wykolejenia pociągów, zatonięcia statków, promów. Pociągają za sobą wiele ofiar, w tym śmiertelnych. Znaczące w tworzeniu się zakresu i intensywności powstałej wskutek katastrofy komunikacyjnej traumy jest czas jej trwania. Często są one rozciągnięte w czasie i wówczas osoby biorące w niej udział przeżywają przerażenie, lęk przed śmiercią (Briere, Scott, 2010).

- **Wypadki samochodowe**

Wypadki drogowe (samochodowe) powodują znaczące urazy, wywołują traumy, zwłaszcza, jeżeli wskutek wypadku osoba lub jej bliscy doznali poważnego urazu, bądź ktoś zmarł (Briere, Scott, 2010). Charakterystyczne jest samoobwinianie oraz zachowania autodestruktywne u osób, którzy stracili bliskich w wypadku. Dziecko, którego członek rodziny zginął w wypadku często nie może się pogodzić z tym faktem, a także (co się zdarza) myśli, że mogło w jakiś sposób wpłynąć na tę sytuację i uratować bliską osobę.

- **Pożary domów**

Pożary budynków mieszkalnych są zaliczane do klęsk żywiołowych. Warto zwrócić uwagę, że wskutek mniejszych pożarów domownicy i sąsiedzi wykazują wyraźne objawy stresu pourazowego. Związane jest to z obrażeniami fizycznymi, których doznają ofiary tego typu zdarzeń. Długotrwała rekonwalescencja, leczenie (przeszczepy skóry, operacje rekonstrukcji itp.), blizny, ból, ograniczenie mobilności utrudniają powrót do zdrowia i wzmacniają utrzymywanie się zespołów stresowych posttraumatycznych (Briere, Scott, 2010).

⁷ Związane z faktem wystąpienia pandemii choroby Covid-19.

- **Śmierć członków rodziny, osób bliskich**

Śmierć bliskich, podobnie jak w sytuacji adopcji jest doświadczeniem silnie stresującym i najprawdopodobniej wywoła reakcje traumatyczne u osoby. Uczucie miłości, więź z bliską osobą, dodatkowo połączona z drastycznymi obrazami (nierzadko z widokiem płynącej krwi), poważnymi urazami, obrażeniami ciała pozostaje na długi czas w pamięci, odruchowych reakcjach behawioralnych i emocjonalnych. Do takich sytuacji zaliczają się: wypadki i klęski żywiołowe; wojny, ataki terroryzmu (Briere, Scott, 2010).

- **Gwałty i napaść o charakterze seksualnym**

Czynności seksualne – dokonane na osobie bez jej zgody, bądź pod groźbą krzywdy, kiedy osoba nie jest w stanie wyrazić tej zgody – stanowią kolejne doświadczenie traumatyczne. Zostawiają znaczący ślad w psychicznym, emocjonalnym, relacyjnym funkcjonowaniu ofiary. Osoby dorosłe oraz dzieci, bez względu na płeć, padają ofiarami nadużyć seksualnych, różnego rodzaju przekroczeń dotyczących tej sfery (Briere, Scott, 2010).

Warto zwrócić uwagę na fakt, że wiele ofiar z powodu wstydu, stygmatyzacji społecznej wynikającej ze stereotypów i różnych lokalnych przekonań nie zgłasza tego rodzaju przestępstwa, co dodatkowo przyczynia się do rozwoju reakcji na traumę w postaci zespołów stresowych i – nierzadko – innych schorzeń oraz chorób psychicznych.

Oznacza to konieczność edukacji dotyczącej seksualności uczniów, przeprowadzenia rozmów z nimi i działań profilaktycznych w tym zakresie w sposób dostosowany do potrzeb i rozwoju uczniów na temat dojrzewania psychoseksualnego, by chronić dzieci i młodzież przed doznaniem traumy seksualnej.

- **Napaść fizyczna ze strony obcej**

Dokonana przez osobę obcą jest osobną kategorią wskazującą na źródło traumatycznej reakcji. Wyróżnienie to ułatwia klasyfikację i rodzaj pomocy ofierze. Określenie to dotyczy sytuacji napadu, rabunku, ataku naruszającego integralność fizyczną, psychiczną, duchową. To np. pobicie, próba okaleczenia, kradzież, próba uduszenia lub inne formy ataku na osobę, której atakujący nie zna. Taki atak jest często przypadkowy, może być wyrazem gniewu lub niejasnych motywów (np. walki między gangami). Znane są przypadki, że w niektórych dzielnicach miast dochodzi do różnego rodzaju ataków ze względu na odrębność kulturową mieszkańców. Zagrożenie życia, lęk o swoje zdrowie to kolejne źródło traumy (Briere, Scott, 2010).

- **Napaść fizyczna ze strony partnera, partnerki**

Atak fizyczny dokonany przez osobę ze związku nazywany jest niekiedy przemocą małżeńską. To napaść fizyczna, emocjonalna, seksualna ze strony partnera (też męża, żony), osoby, z którą ofiara jest w bliskim, intymnym związku (Briere, Scott, 2010).

Dla dziecka, które jest obserwatorem (świadkiem) takiego zdarzenia, może być ono również traumatyczne.

- **Tortury**

Tortury to osobno wymieniany wśród przyczyn traumy specyficzny rodzaj doświadczeń ich ofiar. Tortury polegają na celowym i trwającym w określonym czasie zadawaniu osobie silnego bólu, wywołując cierpienie w celu uzyskania od tej osoby (lub osoby trzeciej) wartościowych dóbr materialnych lub niematerialnych, lub ukarania tej osoby albo zastraszenia jej lub osoby trzeciej (Briere, Scott, 2010).

- **Przemoc domowa**

Przemoc domowa jest długofalowym, trwającym w przestrzeni czasu procesem, który jest cykliczny (powtarza się, charakteryzuje się fazowością). Dodatkowymi cechami charakterystycznymi przemocy są: zastosowanie większej siły w celu jej przerwania, krzywda⁸ wskutek przewagi sprawcy przemocy oraz intencja wyrządzenia szkody drugiej stronie. Przemoc zawiera w sobie akty destruktywnej agresji, powodującej ból i cierpienie ofiar tego działania.

Proces przemocy charakteryzuje się tym, że trudno go przerwać, niekiedy zwraca się uwagę na to, iż sam się nie kończy i potrzebna jest interwencja zewnętrzna.

Przemoc domowa odnosi się do działań przynajmniej jednego członka rodziny, który powoduje krzywdę drugiego lub innych jej członków. Przemocą jest również zaniedbywanie (zaniechanie) osoby zależnej (w wieku senioralnym, niepełnoletniego dziecka). Zaniedbaniem będzie m.in. warunkowanie otrzymania lub dozowanie uzyskania na szczególnych prawach od rodziców miłości, sympatii, troski, a także zahamowanie zachowań opiekuńczych, wspierających, ignorowanie, separowanie dziecka, frustrowanie jego różnych potrzeb (ciepła fizycznego, troski, bliskości, pokarmu, zabawy itp.). Widoczne jest to w postaci miłości warunkowej. Jeżeli dziecko spełni odpowiednie warunki i będzie posłuszne, to

⁸ Krzywdę należy rozumieć jako naruszenie integralności psychofizyczno-duchowej, które jest bolesne dla jednostki; to działania, które naruszają prawa i dobra osobiste danej osoby. To np. ból fizyczny wskutek uderzenia, uszkodzona skóra, strach przed kobietami w wieku senioralnym u dzieci. Te reakcje dezorganizują normalne życie, uniemożliwiają zaspokojenie potrzeb i hamują rozwój jednostki.

rodzice będą okazywali miłość, troskę i opiekę nad nim, np. gdy samo przestanie płakać, samo uspokoi się w swoim pokoju, to wówczas dostanie kolację; albo jeżeli wykona w domu wymagającą pracę, to rodzice pochwalą go za osiągnięcie w szkole (Grajcarek, 2014; Krawętkowski, 2022b; Krawętkowski, 2002c).

Trwające wycofanie emocjonalne ze strony rodzica i jego oziębłość emocjonalna są przemocą domową wobec dziecka.

Przemoc w rodzinie mogą także stosować dorosłe dzieci wobec starszych rodziców, bądź rodzice wobec dzieci itp. Wskazuje to na złożoność i wielowymiarowość zjawiska.

Przemoc domowa, zwana również przemocą w rodzinie, to rodzaj specyficznego kryzysu, który dotyczy całego systemu rodzinnego jako całości oraz jego poszczególnych członków.

To rodzaj kryzysu, którego doświadczają zarówno ofiary, jak i osoby stosujące przemoc.

Wobec powyższego można wyróżnić cztery rodzaje przemocy ze względu na jej charakter oraz sferę, której dotyczy: fizyczną, psychiczną (emocjonalną), ekonomiczną i seksualną. Te rodzaje przemocy przenikają się wzajemnie. Oznacza to, iż zaniedbanie wobec dziecka można nazwać przemocą zarówno emocjonalną (wycofanie uczuć), jak i fizyczną (niedostarczanie pożywienia dziecku). Przemocą ekonomiczną będzie wyrządzanie krzywdy z wykorzystywaniem przewagi materialnej, finansowej, np. w celu kontrolowania kogoś. Przykładem przemocy ekonomicznej będzie systematyczne zabieranie koledze z młodszej klasy kieszonkowego, grożąc mu przy tym wyrządzeniem fizycznej krzywdy. Przemoc seksualna związana jest ze sferą intymną, seksualną człowieka. Krzywdą wyrządzaną również w tej sferze będą np. codzienne publiczne komentarze koleżanki, opisujące ciało kolegi w sposób wulgarny, zawstydzający, krępujący (Krawętkowski, 2022b; Krawętkowski, 2002c; *Ustawa z dnia 06 kwietnia 1990 r. o Policji*; *Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie*).

Osobno wymienianymi rodzajami przemocy⁹ są również: przemoc instytucjonalna, przemoc symboliczna, przemoc pracownicza (opisywana jako mobbing) czy przemoc rówieśnicza (bullying). W kontekście dzieci i młodzieży na szczególną uwagę zasługuje cyberprzemoc (cyberbullying). **Cyberprzemoc** to taki rodzaj przemocy, który zawiera w sobie powyżej opisane sposoby krzywdzenia. Sprawcy wykorzystują kanały elektronicznego przekazu. W ten sposób korzystają

⁹ Doświadczenia urazowego, traumatycznego.

z przewagi, którą dają telefony komórkowe i internet. Młodzież, używając telefonów komórkowych, nagrywa, przekształca w różny sposób zdjęcia, filmy, nagrania dźwięku i wykorzystuje je do ośmieszania rówieśników, np. poprzez umieszczanie zdjęć, komentarzy, filmików na portalach internetowych, forach, serwisach społecznościowych. Inni podszywają się pod uczniów, włamują się na ich konta internetowe, publikują treści bez ich zgody, wysyłają atakujące wiadomości tekstowe itp. (Krawętkowski, 2017; Krawętkowski, 2022; Krawętkowski, 2022c).

2. Tymczasowe rozregulowanie a zaburzenia i choroby potraumatyczne

Jeżeli powyższe objawy wyraźnie nasilają się u dziecka i powtarzają, to należy podjąć działania diagnostyczne oraz pomocowe. Warto jednocześnie podkreślić, iż jeden objaw nie świadczy o rozwoju psychopatologicznego procesu. Wówczas należy obserwować funkcjonowanie dziecka, dokonywać systematycznego monitoringu i diagnozy w celu zweryfikowania hipotez o ewentualnym powstawaniu schorzeń czy zaburzeń.

Psychologiczne skutki traumy: trudności – zaburzenia – choroby

Trudności

Sytuacja trudna jest wydarzeniem życiowym, z którym w danym momencie jednostka nie jest w stanie konstruktywnie sobie poradzić. Osoba np. nie posiada wystarczających kompetencji, zdolności, zasobów osobistych (zewnętrznych i wewnętrznych), by w danym okresie zmienić siebie, sytuację na lepsze. O trudnościach można mówić wówczas, gdy zostanie zachwiana równowaga w zakresie trzech podstawowych elementów:

1. Warunki zewnętrzne;
2. Zadania i cele;
3. Cechy osobowości.

Warunki zewnętrzne dotyczą okoliczności, w których znajduje się dana osoba. Cele związane są zawsze z potrzebami i strategiami ich zaspokajania. Cechy osobowości określają umiejętności dotyczące postrzegania rzeczywistości, opracowywania strategii do zaspokajania potrzeb. Trudność postrzegana jako zachwianie równowagi w tych obszarach jest nagła, intensywna, nieodpowiednia do wieku, możliwości psychofizycznych osoby, domagająca się natychmiastowego rozwiązania, wymagająca uruchomienia osobistych zasobów.

W sytuacjach trudnych charakterystyczne są zjawiska:

- deprywacji – pozbawienia możliwości harmonijnego odbierania bodźców (deprywacja sensoryczna – np. brak światła) i zaspokajania potrzeb na różnych poziomach (deprywacja potrzeb – np. brak wody do picia);
- przeciążenia – sytuacja braku zasobów do zlikwidowania źródła problemów;
- zagrożenia – prawdopodobieństwo utraty, naruszenia wartości cenionych przez osobę, doznania urazu zdrowotnego bądź nawet utraty życia;
- utrudnienia – powstanie przeszkód w realizowaniu zadań, osiągnięciu celów, w zaspokajaniu potrzeb.

Przewrócenie się dziecka na placu zabaw i ból fizyczny, problem z działającym sprzętem elektronicznym, który blokuje wykonywanie obowiązków zawodowych, kłótnia dzieci – mogą być uznane jako sytuacje trudne.

- ✓ **Trudności, których doświadcza osoba, nie muszą rozwijać się w zaburzenia i choroby. Wymagają zazwyczaj niskiego poziomu zaangażowania do ich rozwiązania i zużywają mniej zasobów.**
- ✓ **Łatwiej je pokonać i mogą szybciej przemijać.**
- ✓ **Sytuacja trudna może w doświadczeniu jednostki przerodzić się w doświadczenie urazowe i traumatyczne. Jeżeli jest intensywna, długotrwała i wyrządzająca rozprzestrzeniające się szkody, to staje się zazwyczaj doświadczeniem traumatycznym (np. powódź, wypadek, przedłużające się leczenie wskutek choroby).**

Zaburzenia i choroby psychiczne

Następstwami traumy związanej z poczuciem zagrożenia, bezradności, bezbronności bywają również stany, w których osoba doświadcza obaw, lęku (stany lękowe). Charakterystyczne dla takich konsekwencji są: lęk uogólniony, ataki paniki i fobie pourazowe. Pojawiają się również konsekwencje w obszarze emocji oraz ogólnego funkcjonowania, w tym poznawczego i behawioralnego. W związku z tym opisywane są różnego rodzaju zaburzenia – takie jak zaburzenia afektywne (np. depresyjne) i stresowe pourazowe. Skutkiem traumy mogą być również choroby psychiczne (np. depresja).

Zaburzenia lękowe/Lęk

- Lęk uogólniony

To stan psychiczny irracjonalny, występujący ciągle, przejawiający się stałym napięciem, uczuciem zagrożenia, niepokoju (wyrażanego w różny sposób, najczęściej w pobudzeniu ruchowym). Lęk uogólniony charakteryzuje to, że w doświadczeniu jednostki jest w pewnym sensie totalny, towarzyszy osobie przez większą część dnia i dominuje nad jej funkcjonowaniem. To stan chroniczny,

który powoduje, że osoba non stop zamartwia się, jest skoncentrowana na wybranych aspektach rzeczywistości. Odczuwanemu napięciu towarzyszy bezradność, poczucie osamotnienia i niezrozumienia przez otoczenie. Dodatkowo osoba wykazuje trudności w logicznym myśleniu, w koncentracji uwagi. Jest wciąż spięta, drażliwa, nerwowa. Załatwienie sprawy, która w jakiś sposób powiązana jest z doświadczeniem lęku, nie przynosi ulgi, ponieważ osoba generuje kolejne problemy. To z kolei wywołuje wyczerpanie, które w konsekwencji powoduje obniżenie nastroju. Doświadczenie lękowe napędza spiralę cierpienia. Diagnozuje się go, jeżeli trwa minimum sześć miesięcy.

- Lęk fobiczny (fobie pourazowe)

Lęk fobiczny charakteryzuje także irracjonalność doświadczenia. Osoba reaguje warunkowo na bodziec, na różnego rodzaju przedmioty, sytuacje, zjawiska, które kojarzy z wydarzeniem traumatycznym. Reakcje mogą być różne – silna niechęć, strach, krzyk, fizyczna ucieczka, zamarcie na np.: głośny huk, widok pistoletu, psa, osoby z blond włosami. Osoby podejmują wysiłek w celu unikania jakichkolwiek bodźców kojarzonych z traumą. Lęk tego rodzaju może rozwijać się w pełnoobjawową fobię i dezorganizować życie tej osoby (np. fobia społeczna).

- Lęk napadowy (panika)

Lęk napadowy jest również stanem irracjonalnym. Osoba doświadcza go nagle, intensywnie; doznaje uczucia dezorientacji, dezorganizacji; jest znacznie rozregulowana, zagubiona. To, czego w danym momencie jest świadoma to tego, że jest przerażona, chce uciekać i jednocześnie nie wie, przed czym i dokąd, by doznać ukojenia.

Stan taki można opisać jako atak. Osoba mimo własnej woli doświadcza silnego przestachu i nie jest w stanie nad nim (początkowo) zapanować. Często w atakach paniki występują objawy fizyczne, takie jak przyspieszone bicie serca, duszności, nadmierne pocenie, zaciśnięcie gardła. Dla młodego człowieka taki stan może być bardzo silnie stresujący, ponieważ nie zdaje sobie sprawy z tego, co się dzieje i jednocześnie doświadcza takiego stanu, w którym obawia się, że może umrzeć, np. poprzez uduszenie. To sytuacja przerażająca i okropna dla dziecka! Napady lęku są incydentalne, trwają 10–60 minut (Bilikiewicz 2003; Francesetti, 2007; Briere, Scott, 2010).

Zaburzenia depresyjne/Depresja

- **Żałoba złożona lub traumatyczna**

Stan żałoby jest naturalną reakcją na doświadczenie utraty, zazwyczaj dotyczącej relacji z drugą osobą, np. śmierci członka rodziny. Żałoba z czasem mija i osoba zazwyczaj wraca do normalnego funkcjonowania. Utrata wskutek wydarzenia nagłego, związanego z silnymi przeżyciami, które doświadczane są jako trauma (najczęściej w sposób gwałtowny, straszny, makabryczny) może spowodować różnego rodzaju destrukcyjne reakcje, m.in. stany depresyjne, nadużywanie substancji psychoaktywnych, schorzenia i choroby somatyczne. Występować zaczynają procesy wielowymiarowe. Tego typu stany i zachowania nazywane są żałobą złożoną, a także żałobą traumatyczną. Oznacza to, iż w funkcjonowaniu jednostki jednocześnie można dostrzec elementy żałoby oraz zespołu stresu pourazowego i depresji. Może to przejawiać się m.in. w formie intensywnych mimowolnych myśli, wspomnień, tęsknoty, uczucia samotności, bolesnej pustki, cierpienia z tym związanego, w formie zaburzeń snu i atypowego dla jednostki zachowania (Syme, 2013).

- **Depresja duża**

To choroba, która może rozwinąć się wskutek wydarzeń traumatycznych. Objawy wskazujące na pojawienie się depresji to:

- skrajny smutek;
- długotrwałe obniżenie nastroju związane z urazem (np. stratą);
- tendencje samobójcze, w tym myśli i plany;
- poczucie beznadziei, braku myślenia, że sytuacja może zmienić się na lepsze;
- poczucie bezradności;
- poczucie bezsensu, braku celowości;
- poczucie braku własnej wartości, wiary w siebie;
- poczucie winy, samoobwinianie się;
- niechęć do podejmowania działań, które stanowiły wcześniej pasję, hobby, zainteresowania;
- poważne problemy z procesami uwagi (głównie z koncentracją);
- znaczna męczliwość, osłabienie fizyczne – spirala w funkcjonowaniu psychofizycznym [przykładowo: słaba motywacja osoby, by przygotować i spożyć posiłek w stanie obniżonego nastroju, osłabia ją też fizycznie; w konsekwencji osoba ma obniżony nastrój z powodu braku efektów i jakichkolwiek sukcesów we własnym działaniu, nie znajduje fizycznej energii do działania, nie ma również motywacji (stan psychiczny). Spirala się nakręca];
- pobudzenie psychomotoryczne lub znaczne zahamowanie;

- zaburzenia równowagi w odżywianiu się (np. brak apetytu i niejedzenie, głodzenie się, silna kontrola odżywiania się, zachowania o charakterze anorektycznym, bulimicznym)
- zaburzenia snu (Strzelecka-Lemiech, 2015).

- **Depresja psychiatryczna**

To taki stan psychiczny, manifestujący się również w zachowaniu, w którym osoba wykazuje cechy charakterystyczne dla depresji (wyróżnione powyżej) i jednocześnie cechy psychozy, z których specyficzne są objawy wytwórcze¹⁰, głównie halucynacje i urojenia (Bilikiewicz, 2003; Briere, Scott, 2010).

Zaburzenia stresowe pourazowe

Są efektem doświadczeń traumatycznych o specyficznym charakterze, osobno klasyfikowane. Wymieniane są przede wszystkim:

- zespół stresu pourazowego, posttraumatycznego (ang. *Post-Traumatic Stress Disorder*);
- zespół ostrego stresu, ostra reakcja na stres (ang. *Acute Stress Disorder*);
- zaburzenia stresu skrajnego, gdzie indziej niesklasyfikowanego (ang. *Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified*).

- **Zespół stresu posttraumatycznego – charakterystyka (obraz kliniczny)**

Osoba nieustannie na różne sposoby przeżywa zdarzenie traumatyczne, którego doświadczyła (wyobraża sobie mimowolnie wydarzenie, myśli o nim, przypomina go sobie); bywa też tak, że ma wrażenie, jakby znalazła się ponownie w tej traumatycznej sytuacji i czuje się w ten sam sposób oraz myśli, że zagrożenie wróciło, wciąż jest obecne i oddziałuje na nią. Odczuwa wówczas ponownie lęk, odrętwienie, przerażenie itp. Powyższe reakcje są wywoływane przez takie same lub podobne do zdarzenia okoliczności. Reakcje obserwowalne również w postaci zmian fizjologicznych to sygnały, które symbolizują zdarzenie traumatyczne.

Dzieci mogą bawić się w zabawy, które są związane z traumatycznym wydarzeniem i powtarzać je (np. ktoś kogoś atakuje, albo zwierzęta doznają obrażeń); bywa też tak, że dzieci bezpośrednio odgrywają zdarzenia traumatyczne w postaci jeden do jednego.

¹⁰ Objawy wytwórcze – określane jako pozytywne, charakterystyczne dla zaburzeń psychiatrycznych. To stany, w których osoba chora w jakimś zakresie traci poczucie rzeczywistości siebie, otaczającego go świata i połączeń ze światem oraz zależności w nim panujących. Należą do nich: urojenia i omamy. Urojenia są oceną rzeczywistości stojącymi w niezgodzie z nią. Osoba jest przekonana o ich słuszności i postępuje zgodnie z nimi. Przykładem urojeń są przekonania o tym, że posiada się nadzwyczajne moce, zdolności, jest się kontrolowanym przez inne osoby.

Omamy są wrażeniami pochodzącymi z każdego ze zmysłów, powstającymi bez wywołującego je bodźca. Są to np.: słyszenie głosów z części ciała, widzenie osób, rzeczy, zjawisk, których nikt inny nie widzi, odczuwanie zapachów, które nie są odczuwalne przez nikogo innego.

W znaczący sposób unikają bodźców kojarzonych z traumą. Osoby te często na różne sposoby, konsekwentnie unikają myślenia, czucia, rozmawiania, przebywania w miejscach i spotykania się z ludźmi, którzy przypominają w jakikolwiek sposób zdarzenie traumatyczne. Dzieci i młodzież mogą nie chcieć chodzić do różnych miejsc, spotykać się z osobami o określonym typie urody, płci, ubioru, unikać tematów zdarzenia urazowego albo opisu jego elementów.

Osoby mogą nie być w stanie przypomnieć sobie szczegółów albo samego wydarzenia w całości (amnezja pourazowa). Dodatkowo bywa tak, że tracą zainteresowanie aktywnościami, które były dla nich hobby czy pasją; włącza się w to również niechęć do pracy zawodowej, opieki nad dziećmi, wykonywanie codziennych obowiązków (jak np. czytanie dzieciom bajek, sprząatanie, robienie zakupów). Zarówno dorośli, jak i dzieci przestają marzyć, planować, mieć perspektywy na przyszłość.

Dodatkowym objawem tego rodzaju zespołu jest ciągłe, niemal nieustanne (chroniczne) pobudzenie. Przykładowo dziecko, które dotychczas było dość spokojne, staje się pobudzone, drażliwe, szybciej wpada w rozdrażnienie, gniew, wykazuje nadmierną czujność, wyraźne pobudzenie, trudności z koncentracją uwagi, z utrzymaniem stabilności zachowania; obserwowalne są również trudności w zasypianiu, w utrzymaniu snu, przebywaniu w jednym miejscu.

Objawy te utrzymują się ponad cztery tygodnie po wystąpieniu zdarzenia traumatycznego i wpływają znacząco na funkcjonowanie społeczne, zawodowe, edukacyjne ofiary traumy. Cierpienie zatem widoczne jest na wielu płaszczyznach.

Wyróżnia się również typy PTSD:

- PTSD ostre – diagnozowane po stwierdzeniu wszystkich objawów w okresie krótszym niż trzy miesiące;
 - PTSD chroniczne – jeśli trwanie symptomów wynosi co najmniej trzy miesiące;
 - PTSD z opóźnionym początkiem diagnozowane jest w okresie sześciu miesięcy po zdarzeniu urazowym, w którym te objawy diagnostyczne PTSD wystąpiły.
-
- PTSD-complex (złożony zespół stresu pourazowego) – charakterystyka
- Diagnoza ta wymieniana jest w literaturze w grupie zaburzeń stresu skrajnego, gdzie indziej niesklasyfikowanego (DESNOS – ang. *Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified*) lub jako zaburzenie autotraumy (ang. *self-trauma*); inne określenie: złożony syndrom pourazowy.

Złożony zespół stresu pourazowego najczęściej powstaje wskutek doświadczeń interpersonalnych oraz ciężkich, długotrwałych, chronicznych, powtarzających się bodźców urazowych (traum). Pojawia się najczęściej wskutek przemocy, tortur, uwięzienia w charakterze jeńca wojennego. Doświadczenia, które go wywołały, powtarzały się. Osoba wielokrotnie była narażona lub poddana działaniu silnych stresorów urazowych w różnych środowiskach, kontekstach. Najczęściej miało to miejsce w dzieciństwie. Oznacza to, że związana była z jakimś krytycznym, tzn. znaczącym okresem w rozwoju dziecka. Doświadczenia urazowe spłotyły się z tym etapem w rozwoju dziecka i wywołały zaburzenie.

Taka postać zaburzenia stresowego może wiązać się z problemami somatycznymi, doświadczeniami dysocjacyjnymi, problemami tożsamościowymi, nieadekwatną świadomością funkcjonowania siebie w relacjach oraz z trudnościami z samoregulacją (głównie emocjonalną), (Briere, Scott, 2010; Rothschild, 2014).

Dzieci i młodzież ze złożonym PTSD poszukują różnych czynności mających na celu rozładowanie, zredukowanie, wyzerowanie napięcia, które często jest nieznosne, trudne do tolerowania. Mogą podejmować różne aktywności seksualne (masturbację, inne zachowania seksualne itp.); kompulsywnie objadają się, wywołują wymioty; zażywają środki psychoaktywne; samookaleczają się i podejmują próby odebrania sobie życia.

W związkach interpersonalnych tacy nastolatki przejawiają trudności z utrzymaniem granic w relacjach z innymi. Związki ich bywają niestabilne; zawierają konflikty.

Uwzględniając różne zaburzenia i schorzenia powstające wskutek traumy, należy pamiętać o pojawiających się trudnościach diagnostycznych.

W procesie diagnozy złożone PTSD mylone jest z pogranicznym zaburzeniem osobowości – w obie strony, tzn. rozpoznawane jest jako PTSD złożone, a osoba doświadcza trudności w funkcjonowaniu osobowości z pogranicza lub diagnozowane jest jako zaburzenie osobowości zamiast PTSD-complex.

Ma to znaczenie dla dalszych oddziaływań terapeutycznych: czy są one adekwatne, trafne i – ostatecznie – pomoce.

- Zespół ostrego stresu (ASD – ang. *Acute Stress Disorder*) – charakterystyka
 - ASD opisuje mimowolne nadmierne pobudzenie i reakcje unikowe wskutek silnego stresora – zdarzenia traumatycznego;

- Podczas zdarzenia, jak również po nim, osoba doświadcza stanu objawiającego się brakiem reakcji emocjonalnych (emocjonalne odrętwienie), obojętności, chłodu emocjonalnego. Istotnymi klinicznie objawami są: derealizacja¹¹, depersonalizacja¹², amnezja dysocjacyjna¹³, znaczne zawężenie świadomości¹⁴;
- Osoba mimowolnie, ciągle, wciąż na nowo przeżywa traumę, której doświadczyła w różnych sytuacjach, także w tych, które przypominają wydarzenie urazowe; również w kontaktach z ludźmi kojarzonymi w jakiś sposób z wydarzeniem urazowym;
- W związku z tym osoba stara się usilnie unikać tych bodźców, sytuacji, które przypominają jej o traumie;
- Jest wyraźnie pobudzona, cierpi; doświadcza lęku, znacznego niepokoju;
- Reakcje te oraz tego typu funkcjonowanie wpływa destrukcyjnie na życie społeczne, zawodowe i inne ważne aktywności;
- Dzieci wykazują regres w rozwoju, unikają lub rezygnują z aktywności (zabaw), które były dla nich atrakcyjne uprzednio; w nauce widać obniżone osiągnięcia itp. Opisane powyżej reakcje trwają minimum dwa dni i utrzymują się maksymalnie przez cztery tygodnie po zdarzeniu traumatycznym (Briere, Scott, 2010; Hodgkinson, 2013; Gabbard, 2015).

Dysocjacje

Dysocjacja to dezintegracja świadomości, pamięci lub percepcji świata zewnętrznego lub wewnętrznego; to znacząco zmieniony stan świadomości. To efekt zaburzonego procesu integracji aspektów percepcji, tożsamości i świadomości. Ten mechanizm psychiczny daje możliwość oddzielenia doświadczenia, którego jednostka nie jest w stanie przyjąć, zintegrować. Wskutek tego uznaje, że zdarzenie to jakby się nie wydarzyło – trauma nie miała miejsca. Charakterystyczne dla dysocjacji jest to, że występuje incydentalnie, wskutek znacząco destrukcyjnego dla jednostki urazu. Jeżeli urazy są cykliczne (m.in.: przemoc domowa, działania wojenne), to może to skutkować zaburzeniami dysocjacyjnymi tożsamości lub zaburzeniami osobowości. Znaczący dla tego stanu jest fakt odmiennego

¹¹ Derealizacja – stan psychiczny charakteryzujący się przeżywaniem siebie w nierzeczywistym świecie; poczucie bycia w innej rzeczywistości.

¹² Depersonalizacja – inny stan psychiczny cechujący się nawracającym, nierzadko uporczywym poczuciem odłączenia się od własnego Ja, ciała, procesów psychicznych, poczuciem bycia obok siebie, nie bycia sobą.

¹³ Amnezja dysocjacyjna – brak zdolności przypomnienia sobie istotnych wydarzeń życiowych lub informacji dotyczących siebie, własnej tożsamości itp.; najczęściej występuje po zdarzeniu traumatycznym.

¹⁴ Zawężenie świadomości – stan psychiczny charakteryzujący się incydentalnym skoncentrowaniem na wąskim zakresie doświadczenia, ignorowaniem istotnych zmiennych; to zniekształcenie poznawcze polegające na wybiórczej percepcji zdarzeń i doświadczeń, i podejmowanie na tej podstawie decyzji, które mogą być niekiedy groźne (np. próba samobójcza).

od normalnego stanu świadomości jednostki (Clarkin, Fonagy, Gabbard, 2013; Millon, Davis, 2005).

Stany dysocjacyjne, jak opisano powyżej, występują w zespole ostrego stresu; mogą również rozwinąć się w odrębne postaci jako skutek doświadczenia traumatycznego zdarzenia (Gabbard, 2015).

Zaburzenia somatomorficzne

Są reakcjami związanymi z ciałem, z doznaniem fizycznymi. Powodowane są one w dużym stopniu przez procesy psychiczne. Dziecko, które przeżyło silny stres, najprawdopodobniej będzie doświadczało tego typu reakcji. Opiekunom dzieci znane są sytuacje, w których dziecko zgłasza dyskomfort manifestujący się w ciele. W wielu sytuacjach związanych z egzaminami, występami publicznymi dzieci skarżą się na bóle głowy, brzucha, nudności itp. Wskutek doświadczeń traumatycznych tego typu reakcje eskalują, występują w znacznie większych rozmiarach, intensywności i w długim okresie czasu; bywają niekiedy chroniczne. Często po doświadczeniu traumy dzieci wykazują zaburzenia somatyzacyjne oraz reakcje konwersyjne.

- **Zaburzenia somatyzacyjne**

Dzieci, które przeżyły traumę mogą uskarżać się na wiele różnych objawów pochodzących z ciała. Ich wspólnymi cechami jest to, że mają ściśle somatyczny (objawy, odczucia występujące w ciele) charakter oraz zostały wykluczone inne przyczyny medyczne. Zaburzenie to prawdopodobnie wynika z długotrwałego pobudzenia autonomicznego na układy organów, które silnie reagują na aktywację sympatyczną oraz zaangażowanie w zagrożenie fizyczne dotyczące ciała osoby.

Dziecko może zgłaszać: bóle głowy, brzucha, kończyn, poszczególnych części ciała; nudności, poczucie osłabienia i tendencję do omdlenia; zawroty głowy, tiki, impulsywne wyładowania ruchowe, stereotypie zachowania itp.

- **Reakcje konwersyjne**

Podobnie jak reakcje somatomorficzne, reakcje konwersyjne nie mają wyjaśnienia medycznego, które wskazywałoby, że są reakcjami związanymi z chorobami somatycznymi. Konwersyjne reakcje to objawy dotyczące funkcji ruchowych, sensorycznych (zmysłowych) bądź upośledzenie tych funkcji, które związane są z wolą, z poruszaniem się, z wrażeniami zmysłowymi; dotyczą również podejmowania decyzji. Objawy te sugerują występowanie schorzenia, choroby ogólnomedycznej, neurologicznej. Dodatkowo w wywiadzie z osobą można odnaleźć przyczyny psychologiczne, które były powodem narażenia się na stres.

Zaburzenia konwersyjne oraz somatomorficzne również nierzadko pojawiają się wskutek poważnych, intensywnych stresorów, takich jak śmierć bliskiej osoby, tortur, działań wojennych.

Typowymi objawami konwersyjnymi są: utrata mowy, paraliż, anormalne zachowania ruchowe, utrata wzroku, słuchu, napady drgawek (Bilikiewicz 2003; Briere, Scott, 2010).

Krótkotrwałe zaburzenia psychiatryczne z wyraźnym stresorem

Zaburzenia te określane są mianem krótkotrwałej psychozy reaktywnej (BPDMS – ang. *Brief Psychotic Disorder with Marked Stressor/s*). Reakcja na traumę tego typu wyróżnia się z innych reakcji swoją nagłością, specyfiką, którą można określić jako bardzo nietypowe, ekstrawaganckie, szczególnie niestandardowe, przekraczające obyczaje społeczne, kulturowe. W tego typu reakcji dziecko wykazuje wybrany objaw psychiatryczny: halucynacje¹⁵, urojenia, zdeorganizowaną mowę, zachowania albo katatonie¹⁶. Reakcjom takim towarzyszyć może skrajne pobudzenie psychoruchowe, dezorientacja i wykazywane cierpienie emocjonalne. Dzieci w takim doświadczeniu mogą podejmować różne zachowania ryzykowne i niebezpieczne, takie jak zażywanie środków psychoaktywnych, a także próby samobójcze.

Krótkotrwała psychoza reaktywna trwa zazwyczaj do jednego miesiąca. Po tym okresie dziecko powraca do pełnego poziomu normalnego funkcjonowania sprzed wystąpienia zaburzenia. Oznacza to, że uczeń w tego typu stanie wymaga stałego monitoringu i specjalistycznej opieki (Bilikiewicz, 2003; Briere, Scott, 2010; Hodgkinson, 2013).

Stosowanie i nadużywanie substancji psychoaktywnych

Nadużywanie alkoholu i narkotyków występuje względnie często u osób, które przeżyły wydarzenie traumatyczne. Można przypuszczać, że duża liczba dzieci i młodzieży, która sięga po środki psychoaktywne doznała wcześniej urazu, który był dla nich traumatyczny. Duży odsetek tych osób doświadczył przemocy (Briere, Scott, 2010).

Część tej grupy relacjonuje, iż narkotyki pomagają im poradzić sobie z objawami zespołu stresu pourazowego, z zaburzeniami depresyjno-lękowymi. Redukują lęk, poprawiają zły nastrój, dodają odwagi, (pozornie) zwiększają poczucie kompetencji interpersonalnych itp.

¹⁵ Halucynacje – omamy (patrz przypis nr 10).

¹⁶ Katatonie – zaburzenie motoryczne charakteryzujące się intensywnym pobudzeniem i często zniwelowaniem (tzw. zamrożeniem, zastygnięciem), zeszywnieniem ruchowym, gibkością woskową, tj. osoby potrafią utrzymywać nienaturalną pozycję ciała przez długi czas.

Pograniczne zaburzenie osobowości

To chroniczne zaburzenie osobowości (BPD – ang. *Borderline Personality Disorder*) charakteryzujące się stałym wzorcem zachowań i doświadczania emocji, polegające na niestabilności związków, silnej zmienności dotyczącej postrzegania siebie, również w zakresie reagowania emocjonalnego, znacznej impulsywności zachowania. Charakterystyczne dla osób z BPD jest desperacki wysiłek unikania wyimaginowanego odrzucenia ze strony innych; niestabilne oraz konfliktowe tworzenie relacji, popadanie w skrajności; bardzo duża labilność emocjonalna. Osoby z tego rodzaju zaburzeniem dodatkowo wykazują znaczące trudności w poczuciu własnej tożsamości (niestabilny obraz siebie). Niekiedy dokonują również prób samobójczych, samookaleczeń i innych autodestrukcyjnych czynów. W kontaktach z innymi cechują się wyraźnym niedostosowaniem, nieadekwatnością reakcji, eksplozywnymi reakcjami; często również zaburzeniami poznawczymi (silna przerzutność uwagi, brak zdolności odpowiedniej fiksacji uwagi) oraz emocjonalnymi (np. paranoidalne reakcje – silny lęk i podejrzliwość), (Spagnuolo Lobb, 2013). Osoby z tego typu doświadczeniem mają poważne problemy w zakresie tzw. testowania rzeczywistości, tj. o czym wspomniano powyżej, wykazują brak stabilności percepcyjnej, mają trudności w okazywaniu i odbieraniu empatii oraz w decentracji¹⁷.

Pograniczne zaburzenie osobowości zwykle wiąże się z długotrwałym i intensywnym doświadczaniem traumy w postaci przemocy, zaniedbania, poważnej utraty w okresie dzieciństwa (Briere, Scott, 2010; Clarkin, Fonagy, Gabbard, 2013; Gabbard, 2015; Millon, Davis, 2005; Krawętkowski, 2021c).

W tabeli poniżej zostały przedstawione istotne podobieństwa i różnice pomiędzy trudnościami – zaburzeniami depresyjnymi, depresją – zaburzeniami stresowymi pourazowymi – zaburzeniami lękowymi – stanami dysocjacyjnymi (Bilikiewicz 2003; Briere, Scott, 2010; Hodgkinson, 2013; Krawętkowski, 2021b).

¹⁷ Decentracja – zdolność do aktywizowania procesów umysłowych dotyczących rzeczywistości zewnętrznej (poza jednostką); umiejętność empatii, wyobrażania sobie sytuacji, myślenia poza sobą – z perspektywy drugiej osoby, otoczenia. Osoba w danej chwili nie traktuje siebie jako centrum uwagi (de-centricacja).

Trudności	Zaburzenia depresyjne/ Depresja	Zaburzenia stresowe pourazowe	Zaburzenia lękowe	Stany dysocjacyjne
Objawy: • bezsenność; • pobudzenie psychomotoryczne, nawet zachowania atakujące; • obniżona zdolność koncentracji; • obniżony nastrój; • zaburzenia odżywiania się; • wycofanie się z kontaktów społecznych.	Objawy: te same jak obok	Objawy: te same jak obok	Objawy: te same jak obok	Objawy: te same jak obok
• racjonalne, widoczne powody powstania problemu; • wyłaniają się sposoby poradzenia sobie z problemem.	• wyraźne, znaczne, intensywne obniżenie nastroju, szybko rozwijające się w przygnębienie; • smutek pojawiający się wskutek utraty nie jest typowy; • istotne kliniczne objawy (głównie: anhedonia¹⁸, wycofanie, znaczne spowolnienie, pobudzenie psychoruchowe.	• reakcje opisywane u osoby nie powstały wskutek urazu mechanicznego albo poddania się na działanie środków zmieniających świadomość, toksycznych, np. wziewnych.	• są irracjonalne	• są irracjonalne

¹⁸ Anhedonia – poważne ograniczenie lub całkowity brak odczuwania przyjemności na różnych poziomach; brak zdolności do czucia radości, zadowolenia.

Trudności	Zaburzenia depresyjne/ Depresja	Zaburzenia stresowe pourazowe	Zaburzenia lękowe	Stany dysocjacyjne
Farmakoterapia nie jest wymagana	Farmakoterapia nie we wszystkich przypadkach jest konieczna; wspiera proces pomocy	Tak samo jak obok	Farmakoterapia może być konieczna przez pewien okres czasu	Tak samo jak obok
Przy minimalnym wsparciu mogą ustąpić	Wymagają psychoterapii, nierzadko długoterminowej	Tak samo jak obok	Tak samo jak obok	Tak samo jak obok
Trwają dość krótko	Stany długotrwałe	Mogą powtarzać się (nawracać), nawet przez lata	Tak samo jak obok	Tak samo jak obok
Występują zachowania mające na celu zredukowanie cierpienia: • objadanie się; • wywoływanie wymiotów; • samookaleczenia; • próby samobójcze; • zażywanie środków psychoaktywnych i in.	Występują zachowania te same jak obok	Występują zachowania te same jak obok	Występują zachowania te same jak obok	Występują zachowania te same jak obok
• Wpływają na relacje osoby doznającej cierpienia posttraumatycznego; • W relacjach widoczne są trudności w postaci napięcia, konfliktów, ataków.	Tak samo jak obok	Tak samo jak obok	Tak samo jak obok	Tak samo jak obok

Trudności	Zaburzenia depresyjne/ Depresja	Zaburzenia stresowe pourazowe	Zaburzenia lękowe	Stany dysocjacyjne
Psychoterapia może wspierać proces radzenia sobie z trudnościami	Przy wsparciu m.in. psychoterapeutycznym, ustępują po ok. dwunastu miesiącach, odnotowywane są przypadki redukcji objawów depresyjnych po okresie kilku miesięcy	Tak samo jak obok	Tak samo jak obok	Tak samo jak obok
Nie muszą rozwijać się w procesy psychopatologiczne	Mogą rozwinąć się w inne zaburzenia: • afektywne (zaburzenia depresyjno-lękowe); • psychotyczne (psychoza reaktywna).	Tak samo jak obok	Tak samo jak obok	Tak samo jak obok

3. Uczniowie z doświadczeniem traumy w szkole

Pobyt dzieci w szkole, które przeżyły traumę, jest sytuacją szczególną ze względu na to, że uczniowie w Polsce realizują obowiązek szkolny, czyli prędzej czy później i tak wracają do szkoły. Szkoła jest również dla wielu z nich ich naturalnym środowiskiem, w którym uwidaczniają się różnego rodzaju zmiany w funkcjonowaniu dzieci. Nauczyciele, wychowawcy i inni pracownicy szkoły mają nierzadko okazję zaobserwować objawy rozwijających się poważnych problemów powstałych wskutek traumy. Pracownicy szkoły i rówieśnicy to osoby tzw. pierwszego kontaktu – ich rola jest kluczowa w niesieniu pomocy dzieciom po traumie. Dla przykładu – dzieci, które przeżyły wojnę i trafiają do szkoły mają w niej szansę podczas różnego rodzaju aktywności, wyrazić swoje cierpienie i dzięki temu uzyskać potrzebną pomoc oraz wsparcie. Szczególnie te, które starają się być dzielne i nie próbują sprawiać problemów. Osoby tzw. pierwszego kontaktu, zwracając uwagę na różnego rodzaju czerwone flagi – sygnały alarmowe, zwiększają szansę na szybszą i adekwatną pomoc dzieciom.

Sygnały alarmowe: co powinno zaniepokoić dorosłych pracujących z dziećmi

Zbyt późne i jednocześnie zbyt wczesne reakcje mogą być działaniami nieodpowiednimi w sytuacji, w której uczeń doświadcza jakiegokolwiek cierpienia. Ważne, by osoby mające kontakt z dziećmi posiadały umiejętność rozpoznania tworzącego się destrukcyjnego procesu (objawów psychopatologicznych) oraz zdolność adekwatnych reakcji. Będą nimi działania pomocowe, które są odpowiednio dostosowane do doświadczeń dziecka i jego diagnozy, mają miejsce w odpowiednim czasie i w odpowiednim zakresie (z dużym prawdopodobieństwem będą wspierały, wzmacniały zasoby dziecka i hamowały rozwój ewentualnych zaburzeń).

Poniżej przedstawiono zagadnienia (Seligman, Walker, Rosenhan, 2011), które mogą posłużyć jako kryteria w określaniu niepokojących objawów zauważonych przez opiekunów i innych dorosłych będących w kontakcie z dziećmi i młodzieżą.

Dostrzegalne cierpienie

- Kryterium to należy użyć podczas obserwacji ucznia. W kontakcie z nim można zaobserwować, iż zachowuje się on w sposób, który można by określić jako trudny dla niego, dla otoczenia; można by stwierdzić, że doświadcza silnego dyskomfortu, dystresu. Obserwator dziecka jest w stanie stwierdzić, że w jakiś sposób ono cierpi. Z obserwacji i wywiadu wynika, że uczeń znalazł się w okolicznościach, które to cierpienie wywołały (starszy kolega zagroził, że zrobi mu krzywdę). Dziecko takie zgłasza problem lub widoczne są takie objawy jak: ból fizyczny, psychiczny, pobudzenie motoryczne, osłabienie, apatia, dezorganizacja zachowania. Użyte zostało tutaj pojęcie ujmujące stres w trzech rodzajach o różnym znaczeniu dla jednostki:
 - 1) Dystres – jako negatywny stres powodujący rozwój dezadaptacyjnych zachowań jednostki, wpływający na nią negatywnie, nawet destrukcyjnie;
 - 2) Neustres – pobudzenie, stres, który nie ma (znaczącego) wpływu na jednostkę;
 - 3) Eustres – pobudzenie o charakterze pozytywnym, np. mobilizującym, motywującym do działania, prowadzącym do pozytywnych efektów działania (pozytywny stres).

Nieprzystosowanie

- Uczeń w swoim funkcjonowaniu wykazuje różnego rodzaju trudności w nawiązywaniu kontaktów, które skutecznie zaspokajają jego potrzeby i jednocześnie dostarczają satysfakcji otoczeniu. Kryterium to wskazuje na umiejętność osiągania celów przez osobę, zdolność przystosowania się do

okoliczności, w których się znajduje. Osoba wykazuje poważne ograniczenia – nie jest w stanie zrealizować własnych zadań życiowych, zaspokoić własnych potrzeb.

Nieracjonalność i dziwaczność zachowania

- W kontakcie z uczniem można stwierdzić, że jego zachowanie odbiega od dotychczasowego. Jego deklaracje, plany, wypowiedane myśli budzą zdziwienie i zaniepokojenie. Wypowiedzi są alogiczne, obiektywnie rzecz ujmując, sprzeczne ze sprawdzianem rzeczywistości, fakty im przeczą. Skrajnym przykładem mogą być zgłaszane halucynacje, słabszym: trudności w wykonywaniu prostych czynności matematycznych, np. z policzeniem małej sumy pieniędzy.

Nieprzewidywalność i utrata kontroli

- Uczeń wykazuje zachowania, które trudno przewidzieć, stwarzają one potencjalne zagrożenie dla innych dzieci wokół; są chaotyczne, impulsywne, gwałtowne.

Sprzeczność z obyczajami, normami społecznymi, moralnymi

- Uczeń w wyraźny sposób funkcjonuje w opozycji, sprzeczności z występującymi w danej społeczności normami, regułami, zasadami. W tym kryterium zawierają się postawy antyspołeczne, stanowiące zagrożenie dla innych (zagrożenie zdrowia i życia). Ważne podczas korzystania z tej normy jest wzięcie pod uwagę kryterium rozwojowego, tj. faktu typowych dla danej fazy rozwojowej zachowań, które występują w danym okresie rozwoju (np. uczestniczenie w subkulturach, zmiany w stroju i w zachowaniu).

Dyskomfort obserwatora

- Kryterium to dodatkowo pozwala zwrócić uwagę na ewentualny rozwój procesów psychopatologicznych. Jeżeli osoba, która jest w kontakcie z uczniem doświadcza trudnych emocji oraz odczuwa znaczący dyskomfort (często lęk, skrępowanie), to może to wskazywać na rozwój zaburzeń. Typowym przykładem może być przekraczanie granic intymnych drugiej osoby poprzez komentarze werbalne.

Niekonwencjonalność

- Wskazuje na występowanie w postawie ucznia zachowań rzadkich, nieodpowiednich do sytuacji, społecznie uznanych za nienormalne, niezgodne z obowiązującą konwencją, zasadami w danej społeczności, miejscu (np. w szkole); to zachowania rzadkie i społecznie niepożądane.

Dodatkowymi ważnymi kryteriami, na które nauczyciele powinni zwrócić uwagę są: **niespecyficzność** postawy dziecka oraz **destrukcyjność** w działaniu.

Niespecyficzność

- nauczyciel w pewnym sensie nie rozpoznaje dziecka;
- postawa dziecka odbiega w bardzo znacznym stopniu od tej, która była dotychczas dla niego charakterystyczna;
- dziecko zachowuje się bardzo nietypowo;
- zachowania ucznia zaskakują odbiorców.

Destrukcyjność

- działania dziecka szkodzą jego ciału, psychice, relacjom, kontaktom interpersonalnym;
- w efekcie funkcjonowania dziecka widoczne jest m.in.: osłabienie wyników w nauce, schorzenia, zaburzenia, choroby, konflikty.

Opisane doświadczenia uczniów na początku niniejszej publikacji można skategoryzować następująco:

- **Marzena** – zespół stresu pourazowego (PTSD). Występuje pobudzenie, izolowanie, zaburzenia poznawcze i flashbacki (podczas pracy z komputerami) oraz wysoki poziom pobudzenia, które rozładowuje poprzez różne zachowania (m.in.: wybuchy emocji, konflikty z rówieśnikami);
- **Krystian** – doświadczenie normalnego etapu rozwojowego, bycie w okolicznościach sprawiających trudności i jednocześnie wyzwanie rozwojowe. Ten etap w życiu chłopca można określić jako rozwiązywanie trudności (konfliktu egzystencjalnego).

Tożsamość – rozproszenie odpowiedzialności, tj. poszukiwanie odpowiedzi na pytania:

- Kim jestem?
- Jaką osobą jestem?
- Kim mogę być w przyszłości?
- Jak być wiernym sobie?

4. Uczniowie uchodźczy w polskiej szkole

Uczniowie, którzy przybyli do Polski, nie różnią się w dużym stopniu sposobem swojego funkcjonowania od innych osób zmieniających (z różnych powodów) miejsce zamieszkania. Jest to zawsze dystress w ich doświadczeniu, a specyficzne sytuacje wiążące się ze strachem i z poczuciem zagrożenia – z ich cierpieniem i z ryzykiem traumy. W pierwszym i w drugim rozdziale przedstawiono fenomenologię funkcjonowania uczniów po traumie.

Wśród osób, które doznały traumy, zaobserwowano pewną prawidłowość polegającą na tym, iż na początku, w pierwszych tygodniach, łatwiej nawiązują kontakt i opowiadają o swoich przeżyciach, ale z czasem to zanika. Powstaje swoista bariera pomiędzy osobami, które doświadczyły traumy i tymi, które jej nie przeżyły, tzw. membrana traumy. Ofiary nie chcą rozmawiać z osobami obcymi, dlatego uważna obserwacja uczniów oraz kontakt z nimi i ze środowiskiem szkolnym jest bardzo istotny w udzielaniu pomocy tym uczniom, którzy wyemigrowali lub są uchodźcami.

W kontaktach z uczniami, którzy są uchodźcami, warto zwrócić uwagę na kilka kwestii:

- Uczeń najprawdopodobniej doznał traumy. Uchodźcy to najczęściej osoby, które uciekają z własnego kraju, ponieważ ich życie jest zagrożone;
- Uczeń najprawdopodobniej jest w swego rodzaju szoku. Uczeń taki może wciąż wykazywać przerażenie, zagubienie, dezorientację, otępienie; może niekiedy popadać w stupor¹⁹, odrętwienie emocjonalne. Taki stan może się utrzymywać nawet trzy miesiące i więcej;
- Dziecko najczęściej funkcjonuje też w silnym stanie zdesensytyzowania – silnego zawężenia świadomości i wrażeń, ograniczenia emocjonalnego, poznawczego i usztywnienia behawioralnego. Uczeń taki mało czuje, repertuar emocji jest bardzo ubogi i ograniczony, zachowania również. Może nie chcieć jeść, bawić się z innymi dziećmi, nie odczuwać bólu podczas niewygodnej pozycji w ławce. Nie docierają do niego różne informacje przekazywane przez nauczycieli podczas lekcji. Można go opisać jako rozkojarzonego, zamkniętego, odbiegającego myślami i niewiele czującego;
- Uczeń może zachowywać się w sposób niezrozumiały (chaotyczny, alogiczny, pobudzony lub otępiały, apatyczny)²⁰;

¹⁹ Stupor – zaburzenie polegające na znacznie obniżonej reaktywności na bodźce zewnętrzne; osłupienie, brak poruszania się, zatrzymanie – również w funkcjonowaniu poznawczym. Trudno nawiązać kontakt z osobą w tym stanie; wykazuje poważne ograniczenie zdolności kontaktowania się.

²⁰ Por. sygnały alarmowe – rozdział 4.

- Różnice kulturowe dotyczące tradycji danego kraju, normy obyczajowe, sposoby traktowania rodziców przez dzieci, system edukacji w kraju, z którego pochodzą są doświadczeniem powodującym znaczny dystres;
- Brak porozumienia na poziomie werbalnym – nieznajomość języka polskiego i co za tym idzie trudności w zaspokajaniu potrzeb, w płynnym i harmonijnym uczestniczeniu w procesie edukacji również stanowią doświadczenie negatywnie stresujące (dystres);
- Istnieje wysokie prawdopodobieństwo powstania zaburzeń potraumatycznych. Najprawdopodobniej wciąż występuje u dziecka poczucie zagrożenia (zaburzone poczucie bezpieczeństwa), lęk i asocjacje dotyczące przyczyny uchodźstwa.
- Adaptacja do nowej sytuacji, do nowego miejsca może trwać nawet ponad trzy lata, a nawet pięć lat (Krawętkowski, 2021a; Krawętkowski, 2021b; Krawętkowski, 2021d).

W procesie wsparcia należy uwzględnić kilka kwestii:

- Rodzaje i zakres wsparcia dla uczniów, którzy musieli uciekać i uczestniczyli w zdarzeniu traumatycznym, zależą będzie od diagnozy ich funkcjonowania i ich potrzeb oraz potrzeb rodziny.
- Zasoby i kompetencje, którymi dysponują pracownicy szkoły. Szkoła zatem może zapewnić wsparcie pedagogiczne, psychologiczne oraz organizacyjne związane z sytuacją egzystencjalną uczniów, np. rówieśniczą pomoc w lekcjach. Pozostałe formy wsparcia (medycznego, prawnego, socjalnego) należy będzie do pozostałych profesjonalistów.
- Ważnym aspektem wsparcia, angażowania uczniów i ich rodzin jest uwzględnianie woli osób wspomaganych. Należy sprawdzać, czy oferowane formy wsparcia są odpowiednie, czy osoby chętnie biorą w nich udział i czego potrzebują, by zaangażować się w działania zaspokajające ich potrzeby i działające na nich konstruktywnie oraz wzmacniająco. Przeznaczanie odpowiedniej ilości czasu, okazywanie cierpliwości, spokojne czekanie pozwala na to, by w swoim czasie i w swoim tempie dzieci zaczęły mówić o własnych doświadczeniach (wyrażać, uwalniać się spod panowania traumy), (Krawętkowski, 2021a; Krawętkowski, 2021b; Krawętkowski, 2021d).

Należy uznać wolność i prawo do odmowy w pewnych aktywnościach. Buduje to bezpieczeństwo i zaufanie. Otwiera możliwości współpracy przy innych, kolejnych przedsięwzięciach.

Niezbędne elementy wspierania procesu pomocy uczniom – uchodźcom:

1. Jak najszybsza pomoc

Natychmiastowość działania jest kluczowa w zapobieganiu rozwojowi zaburzeń i schorzeń posttraumatycznych. Należy działać najszybciej jak jest to możliwe, w krótkim czasie od wystąpienia zdarzenia traumatycznego.

2. Bezpieczeństwo

Obok udzielenia natychmiastowej pomocy, zapewnianie bezpieczeństwa stanowi również kluczową i fundamentalną jej zasadę. Organizowanie i planowanie działań wspierających zawsze musi być wykonywane z nastawieniem na zapewnienie ciągłości bezpieczeństwa dla uczniów, którzy doświadczyli traumy:

- a. Poczucie bezpieczeństwa zwiększa powrót do poprzedniego, znanego rytmu życia, przyzwyczajień i rytuałów. Dodatkowo wzmacnia budowanie przekonania u ucznia, że życie powoli wraca do normy. Wspierają to komunikaty o tym, że dziecko jest bezpieczne, informacje o przyszłości, o kolejnych działaniach, o wspólnym planowaniu. Kolejnym sposobem jest tworzenie bezpiecznej przestrzeni na wyrażanie różnego rodzaju emocji przez dziecko;
- b. Na budowanie bezpieczeństwa wpływają różnego rodzaju działania angażujące dzieci w projekty szkolne (badania naukowe, występy teatralne, wycieczki itp.);
- c. Zmniejszać lub zaburzać poczucie bezpieczeństwa mogą głośne akcje, intensywnie reklamowane zbiórki, apele o określonej tematyce, wyróżnianie na forum klasy uczniów, którzy przybyli z terenów wojny oraz poświęcanie im dużej ilości czasu i uwagi. **Może to prowadzić do powrotu niekontrolowanych wspomnień i pobudzania lub generowania objawów stresu pourazowego** (Krawętkowski, 2021a; Krawętkowski, 2021b).

3. Komunikacja

W procesie pomocy uczniom po traumie, szczególnie tym, którzy nie posługują się językiem polskim lub rozumieją go w bardzo wąskim zakresie, należy korzystać z osób, które mogą być tłumaczami. W pierwszej kolejności należy rozważyć osoby najbliższe dziecku (rodziców, członków rodziny). Jeśli uczeń zna dorosłą osobę i czuje się z nią bezpiecznie, to w znacznym stopniu ułatwi to proces pomocy.

4. Diagnoza

Już podczas pierwszego kontaktu i dalszego procesu wsparcia należy oceniać stan funkcjonowania ucznia w obszarze psychicznym (emocji, myślenia), poznawczym (rozumienia, porozumiewania się z otoczeniem), behawioralnym

(zachowania); także w obszarze somatycznym (ewentualne objawy schorzeń i zaburzeń somatycznych; czy ma co jeść, pić; w co się ubrać) oraz lokalizacyjnym (gdzie uczeń przebywa i jak to na niego wpływa, na jego stan; czy jest mu wystarczająco ciepło, nie ma wokół dystraktorów)²¹. Osobami odpowiednimi w procesie diagnozy są przede wszystkim: psycholog i pedagog szkolny przy wsparciu wychowawcy i udzielonych przez niego informacji;

- a. Do tego procesu powinna być wykorzystywana stała obserwacja funkcjonowania ucznia – uchodźcy;
- b. Diagnoza powinna być stała i systematyczna, w której badany jest stan osób wspieranych, a planowane dalsze działania modyfikowane, tj. dostosowywane do potrzeb. Powinna uwzględniać wywiad z osobami, które mają częsty kontakt z uczniem – uchodźcą. Oznacza to, iż osobami istotnymi w tym procesie, obok opiekunów prawnych dziecka, są: wychowawcy, pozostali nauczyciele dziecka oraz inni pracownicy szkoły.

Od diagnozy zależał będzie zakres wsparcia dla ucznia uchodźczego (Tyjarska, 2006a, b, c; (Goldenberg H., Goldenberg I., 2006; James, Gilliland, 2010; Greenstone J., Greenstone L., 2004; Chrzastowski, 2014).

5. Pomoc materialna

Pomoc w kontakcie z odpowiednimi służbami, najczęściej udzielana przez pracowników ośrodków pomocy społecznej, jest istotnym elementem wsparcia dla uchodźców (Krawętkowski, 2021c).

6. Organizowanie pomocy prawnej

Sytuacja osób, które wyemigrowały, wymaga wsparcia prawnego. Pracownicy szkoły jako osoby pierwszego kontaktu mogą wspomóc rodziny uchodźcze, udzielając im informacji o miejscach, w których mogą skorzystać z opieki prawnej. Uregulowanie statusu w danym kraju wpływa znacząco na funkcjonowanie rodziny uchodźczej (przede wszystkim na zwiększenie poczucie bezpieczeństwa i wpływu) (Krawętkowski, 2021c).

7. Wsparcie psychiczne

Aktywne, empatyczne wysłuchanie, stworzenie przestrzeni dla przeżyć ucznia, który musiał opuścić swój kraj; pomoc w ekspresji uczuć o różnym stopniu natężenia związanych z trudnymi czy traumatycznymi doświadczeniami jest udzielana w zakresie kompetencji pracowników szkoły, przede wszystkim przez psychologa i pedagoga szkolnego. Wychowawca klasy, który ma częstszy kontakt i zadanie polegające na wspieraniu danego

²¹ Więcej charakterystycznych opisów można znaleźć na początku tego opracowania, w części dotyczącej skutków i objawów posttraumatycznych (w rozdziałach 1. i 2.).

zespołu klasowego, może dodatkowo organizować indywidualne i klasowe spotkania mające na celu wsparcie psychiczne uczniów. Podczas tych spotkań może organizować różnego rodzaju aktywności wspierające²². Psycholog wraz z pedagogiem szkolnym mogą – wskutek diagnozy – zarówno wspierać wychowawcę, jak i same dzieci w tym zakresie, a także organizować dalszą, pozaszkolną pomoc psychologiczną w postaci psychoterapii indywidualnej czy terapii rodzinnej oraz pomocy psychiatrycznej (Okun, 2002; Tyjarska, 2006a, b, c; Goldenberg H., Goldenberg I., 2006; Kubacka-Jasiecka, 2010).

8. Pomoc w zakresie języka

Organizowanie możliwości nauczania się języka polskiego daje szansę na lepszą komunikację z osobami z danego kraju: rówieśnikami, nauczycielami i innymi osobami spoza terenu szkoły. Zwiększa to z czasem możliwości funkcjonowania uchodźców. Zmniejsza ryzyko konfliktów, wyrównuje szanse w różnych przestrzeniach. Uczniowie uchodźczy, porozumiewając się w języku powszechnym w danym kraju, w znacznym stopniu mogą zaspokajać własne potrzeby (Kubacka-Jasiecka, 2010).

Wszelkie działania inkluzyjne, integrujące dzieci migracyjne/uchodźcze ze społecznością szkolną, przedsięwzięcia włączające w społeczność lokalną sprzyjają konstruktywnej asymilacji w środowisko, adaptacji do nowych, z początku bardzo trudnych warunków.

Angażowanie uczniów w różnego rodzaju działania szkoły pomaga w budowaniu poczucia bezpieczeństwa i stabilizacji życia w nowym miejscu, w nowym kraju oraz w odzyskiwaniu równowagi psychicznej, która jest dzieciom migracyjnym niezbędna do życia (James, Gilliland, 2010; Greenstone, Greenstone, 2004).

Przykłady działań włączających na terenie szkoły (Kubacka-Jasiecka, 2010; Krawętkowski, 2021b):

- ✓ przedstawienia teatralne przygotowywane od początku do końca przez uczniów;
- ✓ występy taneczne; mogą być prezentacją różnych stylów tańca z komentarzem, dyskusją, podczas której można dzielić się informacjami;
- ✓ wystawy prac plastycznych wykonywanych różnymi technikami, połączone z rozmowami na temat prezentacji;

²² Przykłady takich aktywności są opisane w punkcie 7. rozdziału 5 jako wskazówki dla rodziców. Z powodzeniem mogą być wprowadzane do zajęć w szkole.

- ✓ wspólne projekty naukowe z późniejszą prezentacją efektów pracy badawczej; można z nich korzystać na kolejnych lekcjach i rozmawiać o nich, szukać przyczyn zjawisk, wyjaśnień;
- ✓ gry sportowe;
- ✓ spotkania gamingowe polegające na symultanicznym prowadzeniu różnych gier zespołowych, bardziej statycznych, stacjonarnych, takich jak tradycyjne warcaby, szachy, mahjong, przygodowe gry RPG²³ (ang. *Role Playing Games*) oraz gry z użyciem konsoli do gier, komputerów czy smartfonów;
- ✓ spotkania prezentujące potrawy z różnych krajów, degustacja i rozmowy na ten temat;
- ✓ występy wokalne uczniów;
- ✓ imprezy taneczne;
- ✓ instalacje i ich prezentacje na terenie szkoły;
- ✓ projekcje multimedialne;
- ✓ spotkania prezentujące umiejętności, hobby uczniów i umożliwiające uczenie się od siebie.

Wszystkie działania, w których bierze udział grupa, mogą wspierać proces integracji, włączania i budowania równowagi funkcjonowania dzieci po doświadczeniu traumy.

Działania te powinny uwzględniać następujące zasady:

1. Wolność wyboru

Udział w zajęciach (projektach) powinien być dobrowolny, należy uznawać prawo do zmiany zdania. Jest to szczególnie ważne na początku kryzysu post-traumatycznego, w którym silne emocje mogą kierować uczniów do izolacji, wycofania na jakiś czas;

2. Szacunek

Dotyczy szczególnie nietypowych, odmiennych zachowań, postaw oraz tradycji i obyczajów. Ma to również związek z ewentualną labilnością emocjonalną ucznia;

3. Szukanie porozumienia

Umowa, że każde działanie i w każdej sytuacji – szczególnie, gdy pojawiają się różnice czy konflikty – będzie ukierunkowane na odnalezienie porozumienia (najlepiej konsensusu lub kompromisu). Ustanowienie tej reguły również wpływa na proces asymilacji i integracji uczniów, wzmacnia proces osiągania harmonii w globalnym funkcjonowaniu ucznia po traumie;

²³ RPG to gry, w których występują konkretne postaci; ich głównym elementem jest odgrywanie ról przez uczestników.

4. Dbanie o przyjazną i bezpieczną atmosferę

Tę zasadę wszyscy realizują i o niej pamiętają. Pilnują systematycznie, by była realizowana na każdym etapie danego przedsięwzięcia (Okun, 2002; Inskipp, 2013; Jedliński, 1996; Krawętkowski, 2021a; Krawętkowski, 2021d; Krawętkowski, 2022).

Przykłady pomocy psychologiczno-pedagogicznej dla uczniów z doświadczeniem traumy:

- Rozmowy, dyskusje na interesujące tematy. Celem takiej aktywności jest tworzenie przestrzeni do kontaktu uczniów ze sobą i wzmacnianie umiejętności komunikacyjnych;
- Różnego rodzaju projekty organizowane przez psychologa, pedagoga szkolnego we współpracy z nauczycielami i z rodzicami. Podejmowane tematy oraz ich struktura są dowolne. Celem jest włączanie różnych grup społeczności szkolnych we wspólne działania (integracja);
- Warsztaty umiejętności psychospołecznych (np. porozumiewanie się);
- Warsztaty psychoedukacyjne (np. różnorodność interpersonalna);
- Treningi kompetencji społecznych (np. asertywność);
- Psychodramy, tematyczne przedstawienia teatralne;
- Happeningi tematyczne;
- Spotkania społeczności szkolnej moderowane przez dorosłego i ucznia;
- Spotkania dotyczące emocji odbywające się w różnej formie;
- Organizowanie zadań na odpowiednim poziomie trudności do rozwiązania przez uczniów. Celem jest doświadczenie wpływu i sukcesu przez uczniów – warsztaty z majsterkowania, kulinarne, lepienia z gliny, konstruowania z różnych materiałów itp.;
- Aktywności rozładowujące napięcie psychiczne. Odpowiednie i o szybkiej skuteczności są zabawy i gry ruchowe, w których uczniowie działają w zespole i mają możliwość kontaktu fizycznego. Tworzy to okazję do skutecznej regulacji (cel: samoregulacja, koregulacja);
- Aktywności relaksacyjne. Celem jest nabycie umiejętności dość szybkiego uregulowania się na poziomie hamowania (aktywizowanie układu przywspółczulnego). Aktywność powinna obejmować edukację uczniów oraz dorosłych, by móc w przyszłości korzystać z narzędzi rozluźnienia i relaksacji (Kubacka-Jasiecka, 2010; Krawętkowski, 2021b; Krawętkowski, 2021d; Krawętkowski, 2021c).

Wybrane instytucje wspierające dzieci i młodzież z doświadczeniem traumy:

- Poradnie psychologiczno-pedagogiczne. Prowadzą diagnozę w zakresie zaburzeń i schorzeń posttraumatycznych. W skład niektórych zespołów wchodzi psychoterapeuci indywidualni oraz terapeuci rodzinni, posiadający kompetencje do wspierania dzieci (i ich rodzin);

- Ośrodki pracy z dziećmi i młodzieżą oraz z rodzinami, finansowane z budżetu państwa, samorządów;
- Ośrodki pomocy społecznej mające w zakresie obowiązków pomoc psychologiczną oraz prawną i materialną;
- Poradnie zdrowia psychicznego oraz centra zdrowia psychicznego finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz inne placówki z tym samym źródłem finansowania. Niektóre w ramach oferty proponują psychoterapię, w tym terapię rodzin;
- Ośrodki interwencji kryzysowej;
- Fundacje opiekujące się konkretną grupą odbiorców (np. dla rodzin uchodźczych);
- Szpitale psychiatryczne dla dzieci i młodzieży.

5. Współpraca z rodzicami, opiekunami dziecka

Współpraca z opiekunami dziecka jest niezaprzeczalną koniecznością w procesie wspierania ucznia z doświadczeniem traumy.

We współpracy z rodzicami, opiekunami dziecka warto zwrócić uwagę na kilka kwestii:

1. Opiekun może być w intensywny sposób skupiony na potrzebach dziecka. Podczas spotkania swoją uwagę będzie koncentrował na jego zachowaniu, na jego reakcjach, na tym, co ono potrzebuje. Z wywiadu może wynikać, że jest tak silnie skoncentrowany na dziecku (dzieciach), że ignoruje swoje potrzeby i zaniedbuje siebie.

Wówczas warto wyrównywać jego uważność i planować zrównoważone zaspokajanie potrzeb wszystkich stron. Ważnym argumentem dla tak funkcjonującego opiekuna jest stwierdzenie, że jeżeli zadba o siebie, to będzie bardziej efektywnie wspierał swoje dziecko;

2. Reakcje opiekunów mogą mieć zróżnicowany charakter. Mogą występować nawet różnego rodzaju zachowania eksplozywne w postaci ataków na osoby wspierające, na system opieki w danym kraju, na konkretnych specjalistów itp.

Zachowania takie są zazwyczaj przejawem silnej frustracji potrzeb oraz lęku. Osoby pomagające mają za zadanie stworzyć przestrzeń do ekspresji tych emocji; wspierać poprzez nazywanie tych uczuć oraz ich wyrażanie.

Dodatkowym zadaniem jest próba identyfikacji, rozumienia przyczyn pojawiających się uczuć i ustalania potrzeb. Dalszy etap polega na planowaniu procesu wsparcia (zaspokajaniu tych potrzeb). Pomocne jest też wskazywanie granic możliwości zarówno osób pomagających, jak i instytucjonalnych;

3. Opiekunowie mogą również zaprzeczać, nie podejmować współpracy, czy wywoływać konflikty z osobami wspierającymi. Takie reakcje mogą wskazywać na to, iż sami doświadczają trudności pourazowych. Jeśli występują u nich objawy zespołu stresu pourazowego, to wówczas konieczna jest specjalistyczna diagnoza i zaplanowanie profesjonalnej pomocy;
4. Najprawdopodobniej opiekunowie także potrzebują stabilizacji i zapewnienia sobie poczucia bezpieczeństwa. Oznacza to, że w pewnym zakresie będą potrzebowali takiego samego wsparcia, jak ich dzieci. Wsparcie to ma być dostosowane do nich jako osób dorosłych, tj. powinno uwzględniać możliwości brania odpowiedzialności za siebie i za dzieci;
5. Kontakt z opiekunem ucznia będzie zależał od zdiagnozowanych potrzeb:
 - Z diagnozy wynika, iż dziecko potrzebuje stałego, systematycznego wsparcia;
 - Do tego wsparcia potrzebne są informacje od opiekunów na bieżąco aktualizowane, ponieważ jedynie oni je posiadają;
 - Rodzice potrzebują stałego kontaktu z pracownikami oświaty w celu korzystania ze wsparcia;
 - Kontakt z opiekunami powinien podlegać systematycznej ewaluacji, tj. powinny odbywać się ustalone wcześniej spotkania monitorujące proces pomocy dziecku. Mają one polegać na sprawdzeniu etapu pomocy, zakresu osiągniętych efektów (poprawy funkcjonowania ucznia) oraz analizie przyszłych potrzeb i zaplanowaniu dalszego działania pomocowego (Inskipp, 2013);
6. Warunki spotkania z opiekunami powinny uwzględniać ważne kwestie:
 - Zaplanowanie odpowiedniej ilości osobnych miejsc do siedzenia dla każdej osoby lub zaproponowanie np. siedzenia na kanapie. Podczas spotkania powinno się zapewnić siedzenia dla wszystkich członków rodziny, dzieci i opiekunów. Ważne, aby siedzenia były takie same dla każdego, by nikogo specjalnie nie wyróżniać;
 - Odosobnione, ciche, przyjemne miejsce, najlepiej na końcu korytarza, nie sąsiadujące z innymi pomieszczeniami, w których odbywają się spotkania. Wystrój powinien być „przyjazny” (pastelowe kolory, miękkie materiały, zabawki dla dzieci w różnym wieku, ciepłe oświetlenie, wykładzina na podłodze itp.) i wyposażony w chusteczki higieniczne, koc, wodę do

picia. Kolorystyka, materiały i możliwość napicia się wody, czy skorzystania z przygotowanych chusteczek do wytarcia łez wpływa pozytywnie na samoregulację rozmówcy (zmniejsza poziom dystresu). Warto proponować spotkanie na tak zwanym neutralnym gruncie – jeżeli jest to możliwe. Spotkanie w poradni, czy w szkole może dodatkowo zwiększać poziom stresu u opiekunów. Dlatego warunki miejsca spotkania są tak ważne (Jedliński, 1996; Krawętkowski, 2021b; Krawętkowski, 2021d). Podczas spotkania należy brać pod uwagę czas jego trwania oraz ilość poruszanej treści. Optymalnym czasem na spotkanie z rodziną jest 90 minut. Na początek, by zbudować trafną diagnozę, potrzebować będziemy więcej czasu. Można wówczas planować dłuższe spotkanie i dzielić je na części. W zależności od intensywności kryzysu, można rozłożyć proces diagnozy w czasie i zaproponować dwa spotkania w odstępie np. jednego dnia. Konieczne jest dokładne zaplanowanie spotkania, by opiekunowie oraz pracownicy oświaty mieli wystarczającą ilość czasu. Nic nie powinno przeszkadzać i przerywać albo przedwcześnie kończyć danego spotkania. Oznacza to, że należy tak podzielić swoje obowiązki, by było to możliwe (Okun, 2002; Tyjarska, 2006a, b, c; Goldenberg H., Goldenberg I., 2006; Chrzastowski, 2014; Krawętkowski, 2021b).

7. Wskazówki dla rodziców – jak wspierać własne dziecko po doświadczeniu traumy:

- Stały rytm

W nowym, nieznanym miejscu opiekunowie powinni wprowadzać stałe rytuały, powtarzalne czynności, które będą tworzyły doświadczenie stabilności i wpływały na wzrost bezpieczeństwa. Stałymi rytuałami będą: wspólne codzienne pakowanie się do szkoły, mycie zębów po jedzeniu, higiena osobista po kolacji; wspólne oglądanie bajek w wybrany dzień tygodnia o wyznaczonej godzinie; wspólne robienie śniadania w soboty; czytanie bajek na dobranoc itp.;

- Przywracanie normalności

Powyżej wspomniane rytuały mają tworzyć poczucie stabilności, przewidywalności i normalności. W przypadku rodziny uchodźczej, jeżeli ma ona swoje tradycje, rytuały, szczególnie związane z pobytem w ojczyźnie, to dobrze by je wprowadzała. Służą temu wszelkie czynności, które członkowie rodziny wykonywali w domu rodzinnym. Wystrój, takie same zachowania, używanie przedmiotów, które były wykorzystywane w domu, tworzą częściową atmosferę normalności. Dzieci mają wtedy poczucie, że jest jak w domu;

- **Tworzenie przestrzeni dla emocji**
Polega na wysłuchiwanie, odzwierciedlaniu, zgadywaniu emocji, których doświadcza dziecko, a następnie na przyjmowaniu ich, wyrażaniu akceptacji, zrozumienia. Opiekun okazuje to poprzez gesty empatii, pozwala na to, by dziecko krzyczało, głośno płakało, milczało z powodu smutku czy złości. Oznacza to obecność opiekuna, towarzyszenie dziecku w jego przeżyciach. Opiekun komunikuje wprost – słowami lub nie wprost – niewerbalnie, że wszystkie towarzyszące emocje są dobre, zrozumiałe i jest dla nich miejsce, szczególnie w bezpiecznym i życzliwym, troskliwym towarzystwie opiekuna (rodzica) (Okun, 2002; Krawętkowski, 2021a; Krawętkowski, 2022; Krawętkowski, 2021d);
- **Ruch**
Wszelkie zabawy i aktywności ruchowe w znaczny sposób wspierają dzieci po doświadczeniach traumy. Pozwalają na wywołanie efektu katarsis – odreagowania emocjonalnego ciężkich doświadczeń psychicznych. Ruch także przyspiesza metabolizację hormonów (adrenaliny, kortyzolu itp.), które – jeżeli dłużej utrzymują swój poziom w organizmie – działają szkodliwie. Ich przetworzenie i pozbycie się z ciała powoduje rozluźnienie, ulgę i lepsze samopoczucie dziecka. Taniec, berek, wspinanie się na placu zabaw, akrobacje, znane zabawy: w chowanego, w kotłowanie, w komórki do wynajęcia, w gorące krzesło, w raz – dwa – trzy: Baba-Jaga patrzy, w lustro itp. idealnie się do tego nadają (Krawętkowski, 2021b; Krawętkowski, 2021c);
- **Kontakt fizyczny**
Przytulanie, trzymanie za rękę, głaskanie po głowie, po plecach, klepanie po ramieniu, kładzenie ręki na ramieniu, na plecach i tym podobne gesty wpływają na poprawę nastroju dziecka i zwiększenie jego poczucia bezpieczeństwa (Krawętkowski, 2021b; Krawętkowski, 2021d).

6. Zmęczenie współczuciem (wtórna trauma) u osób pomagających

Wspieranie osób, które doświadczyły traumatycznego zdarzenia i zmagają się z jego skutkami, a w szczególności konfrontowanie się z cierpieniem dzieci jest doświadczeniem, które potrafi szybko wyczerpać zasoby pomagaczy, czyli osób zawodowo zajmujących się wspieraniem osób z trudnościami. Dlatego proces pomocy osobom po traumie powinien zawierać również

elementy bezpośredniego wsparcia dla osób wspierających. Konieczne jest zadbanie o osoby pomagające, wsparcie dla nich. Wymienione wskazówki kierowane do uczniów i ich rodzin z powodzeniem mogą być wykorzystywane przez osoby je wspierające.

Koniecznym jest, by osoby te korzystały ze wsparcia takiego jak:

- Superwizja;
- Konsultacje profesjonalne;
- Treningi relaksacyjne;
- Rozmowy koleżeńskie;
- Indywidualna psychoterapia;
- Wszelkie aktywności mające na celu samoregulację, wzmocnienie i uzupełnienie zasobów – w formie ruchowej, biernego odpoczynku itp. (Krawętkowski, 2021b).

Zamiast zakończenia – kilka wskazówek dla osób udzielających wsparcia

- ✓ **Dużo już da, kiedy empatycznie przyjmiesz przeżycia rozmówcy.**
- ✓ **Konkretna, nawet mała pomoc ma znaczenie – to już pomoc.**
- ✓ **Uszanuj decyzyjność osoby, którą wspierasz. Jest wolnym człowiekiem.**
- ✓ **Kwestie niepełnoletnich konsultuj z ich opiekunami prawnymi.**
- ✓ **Empatyczne okazywanie troski, życzliwości, włączanie się w świat trudnych przeżyć rozmówcy już samo w sobie jest pomocne. Na początek wystarczy. Na pewno nie zaszkodzi.**
- ✓ **Nie musisz być jedyną osobą pomagającą. Możesz kierować osoby, które wspomagasz, do innych specjalistów.**

(Jedliński, 1996).

Bibliografia

Bilikiewicz A., (2003), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, Warszawa: Wydawnictwo PZWL.

Briere J., Scott C., (2010), *Podstawy terapii traumy. Diagnoza i metody terapeutyczne*, Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii Zdrowia, Polskie Towarzystwo Psychologiczne.

Chrzastowski Sz., (2014), *Nie tylko schemat*, Warszawa: Wydawnictwo Paradygmat.

Clarkin J.F., Fonagy P., Gabbard G.O., (2013), *Psychoterapia psychodynamiczna zaburzeń osobowości. Podręcznik kliniczny*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Francesetti G., (2007), *The Phenomenology and Clinical Treatment of Panic Attacks*, [w:] Francesetti G. (red.), *Panic Attacks and Postmodernity. Gestat Therapy Beetween Clinical and Social Perspectives*, Milano, Włochy: Wydawnictwo Franco Angeli.

Gabbard G.O., (2015), *Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Goldenberg H., Goldenberg I., (2006), *Terapia rodzin*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Grajcarek A., (2014), *Jak rozpoznawać dziecko krzywdzone. Poradnik dla osób pracujących z dziećmi i młodzieżą*, Kraków: Wydawnictwo Ad Vocem.

Greenstone J.L., Greenstone L.S., (2004), *Interwencja kryzysowa*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Hodgkinson P.E., (2013), *Zaburzenie stresowe pourazowe*, [w:] *Psychoterapia i poradnictwo*, t. 2, Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Inskipp F., (2013), *Podstawowe umiejętności*, [w:] Feltham C., Horton I. (red.), *Psychoterapia i poradnictwo*, t. 1, Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

James R.K., Gilliland B.E., (2010), *Strategie interwencji kryzysowej*, Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

Jedliński K., (1996), *Jak rozmawiać z tymi, co stracili nadzieję*, Warszawa: Wydawnictwo W. A. B.

Krawętkowski Ł., (2017), *Cyberbullying – przemoc w sieci*, [w:] „Doradca w Pomocy Społecznej”, nr 48, Poznań: Wydawnictwo Forum Media Polska.

Krawętkowski Ł., (2020), *Pracownik socjalny jako katalizator zmiany w procesie pracy socjalnej*, [w:] „Doradca w Pomocy Społecznej”, nr 74, Poznań: Wydawnictwo Forum Media Polska.

Krawętkowski Ł., (2021a), *Wywiad z ofiarą przemocy*, [w:] „Doradca w Pomocy Społecznej”, nr 78, Poznań: Wydawnictwo Forum Media Polska.

Krawętkowski Ł., (2021b), *Wsparcie dziecka, które doświadczyło traumy*, [w:] „Doradca w Pomocy Społecznej”, nr 83, Poznań: Wydawnictwo Forum Media Polska.

Krawętkowski Ł., (2021c), *Zachowania autodestruktywne. Jak je rozpoznać i wspierać dotkniętą nimi osobę*, [w:] „Doradca w Pomocy Społecznej”, nr 84, Poznań: Wydawnictwo Forum Media Polska.

Krawętkowski Ł., (2021d), *Koncepcja samoregulacji w pracy z klientem*, [w:] „Doradca w Pomocy Społecznej”, nr 87, Poznań: Wydawnictwo Forum Media Polska.

Krawętkowski Ł., (2022), *Interpersonalne czynniki wspierające proces pomocy klientom OPS*, [w:] „Doradca w Pomocy Społecznej”, nr 88, Poznań: Wydawnictwo Forum Media Polska.

Krawętkowski Ł., „Bije, bo kocha” – mechanizmy psychologiczne przemocy, <http://www.kampaniaprzemoc.pl/2007/014.php> [dostęp: 29.08.2022].

Krawętkowski Ł., *Cyberprzemoc*, <http://www.psychotekst.pl/artykuly.php?nr=192> [dostęp: 29.08.2022].

Krawętkowski Ł., *Przemoc w Internecie*, <http://www.psychotekst.pl/artykuly.php?nr=202> [dostęp: 29.08.2022].

Kubacka-Jasiecka D., (2010), *Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach psychologicznych*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.

Millon Th., Davis R., (2005), *Zaburzenia osobowości we współczesnym świecie*, Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii Zdrowia, Polskie Towarzystwo Psychologiczne.

Okun B., (2002), *Skuteczna pomoc psychologiczna*, Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

Rothschild B., (2014), *Ciało pamięta. Psychofizjologia traumy i terapia osób po urazie traumatycznym*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Seligman M.E.P., Walker E.F., Rosenhan D.L., (2011), *Psychopatologia*, Poznań: Wydawnictwo Zys i S-ka.

Siegel D.J., Hartzell M., (2015), *Świadome rodzicielstwo*, Podkowa Leśna: Wydawnictwo MiND.

Stefańska-Klar R., (2011), *Późne dzieciństwo. Młodszy wiek szkolny*, [w:] Harwas-Napierała B., Trempała J., „Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka”, t. 2, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Strzelecka-Lemiech A., (2015), *Zachowania depresyjne dzieci i młodzieży*, [w:] „Pracownik socjalny w terenie”, nr 21, Poznań: Wydawnictwo Forum Media Polska.

Syme G., (2013), *Żałoba*, [w:] *Psychoterapia i poradnictwo*, t. 2, Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Tyjarska B., (2006), *Systemowa – strategiczna terapia rodzin*, [w:] Grzesiuk L. (red.), *Psychoterapia. Praktyka*, Warszawa: Eneteia, Wydawnictwo Psychologii i Kultury.

Tyjarska B., (2006), *Systemowa – strukturalna terapia rodzin*, [w:] Grzesiuk L. (red.), *Psychoterapia. Praktyka*, Warszawa: Eneteia, Wydawnictwo Psychologii i Kultury.

Tyjarska B., (2006), *Terapia rodzinna bazująca na doświadczaniu*, [w:] Grzesiuk L. (red.), *Psychoterapia. Praktyka*, Warszawa: Eneteia, Wydawnictwo Psychologii i Kultury.

Vidakovic I., (2013), *The Power of „Moving on”. A Gestalt Therapy Approach to Trauma Treatment*, [w:] Francesetti G., Gecele M., Roubal J. (red.), „Gestalt Therapy in Clinical Practice. From Psychopathology to the Aesthetics of Contact”, Milano, Włochy: Wydawnictwo Franco Angeli.

Włoch-Hyla K., (2018), *Trauma. Diagnoza i metody terapeutyczne w pracy z dziećmi i młodzieżą*, [w:] „Doradca w Pomocy Społecznej”, nr 56, Poznań: Wydawnictwo Forum Media Polska.

Akty prawne

Konwencja Rady Europy o zapobieganiu i zwalczaniu przemocy wobec kobiet i przemocy domowej, sporządzona w Stambule dnia 11 maja 2011 r., (Dz.U. z 2015 r., poz. 961).

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 września 2011 r. w sprawie procedury „Niebieskie Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta”, (Dz.U. z 2011 r., nr 209, poz. 1245) .

Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy, (Dz.U. z 1964 r., nr 9, poz. 59).

Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r., (Dz.U. z 2009 r., nr 175, poz. 1362, z późn. zm.)

Ustawa z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji, (Dz.U. z 1990 r., nr 30, poz. 179).

Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, (Dz.U. z 2005 r., nr 180, poz. 1493).

Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty, (Dz.U. z 1991 r., nr 95, poz. 425).

Łukasz Krawętkowski – psycholog, certyfikowany psychoterapeuta, trener, supervisor.

Autor artykułów psychologicznych oraz materiałów edukacyjnych. Realizował projekty społeczne z zakresu profilaktyki przemocy oraz przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu.

Posiada doświadczenie w prowadzeniu szkoleń, treningów grupowych i warsztatów wychowawczych w duchu Rodzicielstwa Bliskości (ang. *Attachment Parenting*) oraz Porozumienia Bez Przemocy (ang. *Non-Violent Communication*), a także z zakresu pomocy psychologicznej, interwencji w kryzysie, pomocy socjalnej, psychoedukacji, kompetencji wychowawczych, umiejętności psychospołecznych oraz rozwoju osobistego. Prowadzi wykłady dla specjalistów zajmujących się pomocą i wsparciem, a także konsultacje psychologiczne, psychoterapię indywidualną dorosłych, dzieci i młodzieży oraz terapię rodzin i par.

Doświadczenie zawodowe zdobywał, pracując w placówkach leczniczych, pomocy społecznej oraz w szkołach podstawowych, poradni psychologiczno-pedagogicznej, gdzie wspierał uczniów doświadczających różnego rodzaju trudności, w tym młodzież niedostosowaną społecznie. Terapeutycznie pracuje w nurcie antropologiczno-fenomenologicznym (Gestalt Relacyjny – ang. *Relational Gestalt*).

Obecnie jest psychoterapeutą dzieci i młodzieży oraz dyrektorem Instytutu Proces i członkiem zarządu Polskiego Towarzystwa Psychologicznego Oddziału Terenowego we Wrocławiu.

