

POMOC PSYCHOLOGICZNA DLA DZIECI DOŚWIADCZONYCH PRZEMOCĄ ORAZ ICH RODZIN

Spis treści:

- 1 Definicja i występowanie przemocy
- 2 Wpływ przemocy na dzieci i młodzież: pourazowe zaburzenia psychiczne
- 3 Ocena czynników ryzyka i zespołu stresu pourazowego
- 4 Ogólne zasady udzielania pomocy psychologicznej
- 5 Modele i metody pomocy psychoterapeutycznej: zalecenia wytycznych i ekspertów
- 6 Kompetencje specjalistów udzielających pomocy psychologicznej skoncentrowanej na traumie
7. Utrzymanie zdolności specjalistów zajmujących się terapią skoncentrowaną na traumie do pracy – szkolenia i superwizje
8. Pomoc terapeutyczna w Polsce

1. Definicja i występowanie przemocy

W większości dzieci i młodzież doświadczają przynajmniej jednego z następujących rodzajów przemocy interpersonalnej: wykorzystywanie, zastraszanie, przemoc wśród rówieśników, przemoc domowa, wykorzystywanie seksualne, przemoc emocjonalna i psychiczna (WHO, 2016). Przedmiotem niniejszego opracowania jest przemoc w ujęciu ogólnym, z uwzględnieniem przemocy fizycznej (w tym kar cielesnych), wykorzystywania seksualnego oraz przemocy psychicznej/emocjonalnej i zaniedbań ze strony rodziców, opiekunów lub innych ważnych dla dziecka osób.

Definicje rodzajów przemocy:

- **Wykorzystywanie seksualne** – podejmowanie lub naśladowanie czynności seksualnych przez osobę dorosłą lub nieletnią w stosunku do lub z udziałem dziecka, w przypadku, gdy sprawca wykorzystuje swój wpływ, wyraża groźby lub nadużywa faktu, że ofiara nie jest w stanie odmówić.
- **Przemoc fizyczna** – każde celowe zachowanie, którego celem jest spowodowanie uszkodzenia ciała dziecka (w tym ciosy, potrząsanie, trucie, przypalanie, duszenie itp.).
- **Przemoc emocjonalna/psychiczna** – psychiczna przemoc, której wynikiem jest poważna szkoda dla rozwoju emocjonalnego dziecka, np. upokarzanie, krytykowanie, zakazywanie dziecku wyrażania własnego zdania, oczekiwania wobec dziecka nieadekwatne do jego wieku, terroryzowanie, zastraszanie, obserwowanie/udział w zdarzeniach powodujących chroniczny stres, dokuczanie, zakaz rozmowy z kolegami i koleżankami, nieobecna postawa rodziców itd.
- **Zaniedbywanie** – niezaspokojenie przez osoby odpowiedzialne za dziecko normalnych potrzeb rozwojowych dziecka odpowiednio do jego wieku.
 - **Zaniedbywanie emocjonalne** – rodzic/opiekun w zamierzony lub niezamierzony sposób lekceważy potrzeby emocjonalne dziecka (uwaga, bezpieczeństwo). Dotyczy to również braku troski o dziecko, odpychania dziecka oraz ignorowania jego potrzeb emocjonalnych.
 - **Zaniedbywanie fizyczne** – brak codziennej/ zwykłej opieki ze strony rodzica/opiekuna, czego skutkiem jest poważne zagrożenie zdrowia fizycznego dziecka (nie dotyczy sytuacji ubóstwa).

W 2017 roku około miliarda dzieci w wieku 2–17 lat na całym świecie doświadczyło jenej lub więcej formy przemocy (WHO, 2018). Około jedna czwarta dorosłych doświadczyła przemocy



Finansowanie w ramach programu BADEV ze środków programu Prawo, Równość i Obywatelstwo na lata 2014-2020 Unii Europejskiej, zgodnie z umową nr 764255 BADEV.

Treści zawarte na niniejszej stronie przedstawiają wyłącznie poglądy autorów/autora i nie odzwierciedlają poglądów Komisji Europejskiej. Autor/autorzy są podmiotem wyłącznie odpowiedzialnym za informacje zawarte na stronie, a Komisja Europejska nie ponosi odpowiedzialności za ich zawartość, jak i sposób wykorzystania.

fizycznej w dzieciństwie; natomiast jedna na pięć kobiet i jeden na trzynastu mężczyzn byli w dzieciństwie ofiarami przemocy seksualnej (WHO, 2016).

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, 2014), wskaźniki przynajmniej jednokrotnego doświadczenia różnych form przemocy przedstawiają się następująco:

- Przemoc psychiczna – 36% dzieci na całym świecie i 15% dzieci w Europie doświadcza jej przynajmniej raz w życiu
- Przemoc fizyczna – 23% dzieci na całym świecie i 12% dzieci w Europie
- Wykorzystywanie seksualne (dziewczynki) – 18% dziewczynek na całym świecie
- Wykorzystywanie seksualne (chłopcy) – 8% chłopców na całym świecie
- Wykorzystywanie seksualne (dziewczynki, chłopcy) – 9% dzieci w Europie
- Zaniedbywanie – 16% dzieci na całym świecie i 9% dzieci w Europie

Wyniki „Ogólnopolskiej diagnozy skali i uwarunkowań krzywdzenia dzieci” przeprowadzonej na grupie dzieci od 11 do 17 lat, przedstawiają się zaś następująco:

- Ponad połowa respondentów (57%) padła ofiarą przemocy rówieśniczej
- 33% badanych doznało ze strony bliskich dorosłych przemocy fizycznej, a 20% – przemocy psychicznej
- 20% nastolatków (13 – 17 lat) miało obciążające doświadczenie seksualne, a 7% doświadczyło wykorzystywania seksualnego (10% dziewczynek i 5% chłopców)
- 6% dzieci w wieku 12 – 17 lat doświadczyła zaniedbania fizycznego
- 13% badanych było świadkami przemocy domowej

2. Wpływ przemocy na dzieci i młodzież: pourazowe zaburzenia psychiczne

Traumatyczne doświadczenia z dzieciństwa rzutują na całokształt życia dziecka i mają wpływ na jego rozwój psychiczny, przyczyniając się do krótko- lub długotrwałego zaburzenia w tych obszarach. Depresja, palenie, otyłość, ryzykowne zachowania seksualne, nieplanowana ciąża, nadużywanie alkoholu i innych substancji, wejście w rolę ofiary lub sprawcy przemocy, ale także podwyższone ryzyko chorób serca, nowotworów, samobójstwa i chorób wenerycznych to najczęstsze formy szkód zdrowotnych będących skutkiem przemocy (WHO, 2016).

Doświadczenie przemocy w dzieciństwie zwiększa ryzyko występowania różnych problemów (WHO, 2014):

- A. Problemy zdrowotne** – 2,3 razy wyższe ryzyko zaburzeń psychicznych i neurologicznych, 1,5 razy wyższe ryzyko występowania zachowań szkodliwych dla zdrowia, 2,5 razy częstsze korzystanie z usług zdrowotnych;
- B. Problemy społeczno-behawioralne** – 41,2 razy wyższe ryzyko problemów z tworzeniem więzi, 3,5 razy wyższe ryzyko nieodporności emocjonalnej, 2,4 razy wyższe ryzyko niskiego poziomu zadowolenia z życia;
- C. Obniżone zdolności poznawcze i problemy z nauką** – 1,8 razy większe ryzyko obniżenia zdolności poznawczych, 1,3 razy większe ryzyko problemów z nauką, 1,3 razy większe ryzyko trudności w rozwoju językowym;
- D. Problemy ekonomiczne** – w węższym ujęciu jednostki, które zostały dotknięte przemocą są 1,1 razy bardziej narażone na uzależnienie od hazardu w młodości lub dorosłości.

Ludzie po traumatycznych przeżyciach mogą doświadczać różnych zaburzeń psychicznych, a w szczególności zespołu stresu pourazowego (PTSD), złożonego zespołu stresu pourazowego (złożony PTSD), zaburzeń afektywnych i adaptacyjnych.

Ze względu na ograniczenia, niniejsze opracowanie nie zajmuje się oddzielnie zaburzeniami



Finansowanie w ramach programu BADEV ze środków programu Prawo, Równość i Obywatelstwo na lata 2014-2020 Unii Europejskiej, zgodnie z umową nr 764255 BADEV.

Treści zawarte na niniejszej stronie przedstawiają wyłącznie poglądy autorów/autora i nie odzwierciedlają poglądów Komisji Europejskiej. Autor/autorzy są podmiotem wyłącznie odpowiedzialnym za informacje zawarte na stronie, a Komisja Europejska nie ponosi odpowiedzialności za ich zawartość, jak i sposób wykorzystania.

dysocjacyjnymi (choć omawia podtyp PTSD obejmujący zaburzenia dysocjacyjne), zaburzeniami osobowości lub innymi schorzeniami psychiatrycznymi, które mogą również występować pourazowo.

Reakcją na traumę jest, upośledzenie funkcjonowania centralnego układu nerwowego w wyniku traumatycznego zdarzenia (obszary mózgu odpowiedzialne za przetwarzanie i przechowywanie doświadczeń są emocjonalnie przeładowane: funkcjonują w trybie zagrożenia). Z tej przyczyny wspomnienia nie są przetwarzane i przechowywane w zwykły sposób. Oznacza to, że informacje związane ze zdarzeniem najczęściej przechowywane są jako informacje dostępne w określonych sytuacjach, a dostęp werbalny do takich informacji jest niewystarczający (Brewin i in., 1996). Upraszczając, informacje są przechowywane jako doświadczenia odbierane w chwili traumatycznego zdarzenia, po którym nie następuje ich przetwarzanie, co oznacza, że zagrożenie/stres jest odbierane jako mające charakter stały i permanentny. Należy uwzględnić, że wystąpienie urazu we wczesnym dzieciństwie lub stały charakter traumatycznego doświadczenia, w poważniejszym stopniu wpływają na zaburzenie aktywności mózgu. W każdym przypadku, zaburzona reakcja na traumę przejawia się niewystarczającą zdolnością do samoregulacji oraz brakiem funkcjonującego modelu uczuć.

Przejdźmy do zaburzeń psychicznych, jakie mogą powstać po traumie:

- Zespół stresu pourazowego (PTSD)
- Złożony zespół stresu pourazowego (złożony PTSD)

Zaburzenia są opisywane w oparciu o następujące dwa najczęściej stosowane na świecie systemy klasyfikacji zaburzeń: Diagnostyczny i statystyczny podręcznik zaburzeń psychicznych (APA, 2013; w skrócie DSM; DSM wersja 5 z 2013 roku) oraz Międzynarodowa klasyfikacja chorób (WHO, 2018; w skrócie ICD; ICD wersja 11 z 2018 roku).

Zespół stresu pourazowego (Post Traumatic Stress Disorder)

Pierwszym kryterium diagnozy PTSD jest przeżycie traumatycznej sytuacji.

Dokładniej, oznacza to doświadczenie lub bycie świadkiem przemocy lub stwarzającej poważne zagrożenie sytuacji z udziałem ważnych dla danej jednostki osób, a w przypadku dzieci – również uzyskanie informacji o traumatycznym zdarzeniu z udziałem ich rodzica/opiekuna.

PTSD charakteryzują następujące grupy objawów:

- przeżywanie traumatycznego zdarzenia lub zdarzeń na nowo w teraźniejszości w formie żywych natrętnych wspomnień, retrospekcji i/lub koszmarów, którym zazwyczaj towarzyszą silne lub przemożne emocje i/lub silne odczucia fizyczne;
- unikanie myśli i wspomnień zdarzenia lub zdarzeń lub unikanie czynności, sytuacji lub osób przypominających o zdarzeniu lub zdarzeniach; oraz
- uporczywe nasilone zaburzenia (na przykład trudności ze snem i koncentracją, zwiększona lękliwość, drażliwość);
- negatywne zmiany nastroju i funkcji poznawczych (tylko według DSM-5; na przykład, depresja, poczucie beznadziejności, poczucie winy; zmiany nastroju; negatywny obraz samego siebie; niezdolność do przypomnienia sobie pewnych fragmentów zdarzenia).

W celu zdiagnozowania problemu objawy muszą utrzymywać się przynajmniej przez miesiąc (według DSM-5) lub kilka tygodni (według ICD-11) po zdarzeniu(-ach). Objawy muszą powodować istotne upośledzenie funkcjonowania dziecka/nastolatka.

DSM-5 wyróżnia podtyp PTSD, w którym występują objawy dysocjacyjne. W takim



Finansowanie w ramach programu BADEV ze środków programu Prawo, Równość i Obywatelstwo na lata 2014-2020 Unii Europejskiej, zgodnie z umową nr 764255 BADEV.

Treści zawarte na niniejszej stronie przedstawiają wyłącznie poglądy autorów/autora i nie odzwierciedlają poglądów Komisji Europejskiej. Autor/autorzy są podmiotem wyłącznie odpowiedzialnym za informacje zawarte na stronie, a Komisja Europejska nie ponosi odpowiedzialności za ich zawartość, jak i sposób wykorzystania.

przypadku oprócz opisanych objawów osoba doświadcza istotnych zaburzeń w formie poczucia depersonalizacji (poczucie, że jest się zewnętrznym obserwatorem lub poczucie oddzielenia od samego siebie) lub odrealnienia (poczucie nierealności, dystansu lub zniekształcenia rzeczywistości).

U młodszych dzieci (DSM-5, kryteria diagnozy PTSD u dzieci w wieku do lat sześciu), **ponowne przeżywanie traumatycznego zdarzenia może wyrażać się w formie powtarzającej się zabawy nawiązującej tematyką do przeżytej traumy lub odzwierciedlającej jej pewne aspekty (tak zwane odgrywanie traumy)**. Należy zauważyć, że pomimo reinscenizacji zdarzenia dzieci mogą nie być w stanie wyrazić słowami tego co faktycznie przeżyły (odgrywają traumę, ale nie potrafią wyjaśnić dlaczego). Często występują powtarzające się koszmary o traumatycznym zdarzeniu, ale małe dzieci mogą mieć przerażające sny bez wyraźnej treści (niekoniecznie będące bezpośrednią reminiscencją zdarzenia). Uogólnione silne zaburzenia psychiczne są typowe w przypadku narażenia na bodźce przypominające o lub symbolizujące traumatyczne zdarzenie.

Zachowania ucieczkowe u małych dzieci przejawiają się w formie podejmowania prób unikania czynności, miejsc lub osób przypominających im o traumatycznym zdarzeniu, skutkując istotnym zmniejszeniem zainteresowania lub udziału w obszarach ważnych dla dziecka (ograniczenie zabaw); wycofaniem się z interakcji społecznych, obniżeniem zdolności emocjonalnych (np. osłabienie więzi) oraz utratą/spadkiem zdolności/umiejętności nabytych w trakcie rozwoju (np. samoobsługa, korzystanie z łazienki, mowa, interakcja).

Symptomami zaburzeń u małych dzieci często są trudności z zasypianiem lub niespokojny sen; drażliwość lub agresja, która może przybierać formę niezwykle intensywnych napadów złości lub lęku, zaburzeń koncentracji, nerwowości, nadmiernej aktywności oraz wzmożonej lęklivosti.

Ponadto, w celu potwierdzenia diagnozy PTSD u małych dzieci wystąpić musi przynajmniej jeden z następujących objawów: pourazowy strach przed rozłąką; agresja; lub pojawienie się nowych lęków (które mogą lecz nie muszą być w oczywisty lub bezpośredni sposób powiązane z traumą, na przykład lęk przed samodzielnym pójściem do łazienki, lęk przed ciemnością, lęk przed byciem samemu). Większość dzieci doświadcza tego rodzaju objawów.

Obraz kliniczny PTSD u dzieci w wieku szkolnym (7–12 lat; Liivamägi, 2011, str. 101)

- Rozpamiętywanie przeżytego zdarzenia, odczuwanie lub przeżywanie zdarzenia wciąż na nowo;
- Odgrywanie całego zdarzenia lub jego fragmentów w trakcie zabawy;
- Objawy wzmożonego niepokoju, lęk o zdrowie lub dobre samopoczucie bliskich dziecka, poczucie wstydu;
- Uskarżanie się na rozmaite dolegliwości fizyczne (w większości bóle głowy, brzucha lub stawów);
- Zmiany czujności (zwiększona czujność);
- Problemy ze snem (trudności z zasypianiem, niespokojny sen, koszmary, zaburzony rytm snu);
- Dezorganizacja/niepokojące zachowanie: tłuczenie przedmiotów, zachowania destrukcyjne, psocenie; wyładowywanie emocji, wybuchy wściekłości;
- Trudności z komunikacją, trudności z zebraniem myśli i słabsze wyniki w nauce.

Obraz kliniczny PTSD u młodzieży (13-18 lat; Liivamägi, 2011, str. 102)

- Objawy PTSD są w większości takie same, jak u osób dorosłych. W niektórych przypadkach mogą pojawić się zachowania mające na celu poszukiwanie natychmiastowej przyjemności, prowokująca postawa lub wrogie nastawienie wobec



Finansowanie w ramach programu BADEV ze środków programu Prawo, Równość i Obywatelstwo na lata 2014-2020 Unii Europejskiej, zgodnie z umową nr 764255 BADEV.

Treści zawarte na niniejszej stronie przedstawiają wyłącznie poglądy autorów/autora i nie odzwierciedlają poglądów Komisji Europejskiej. Autor/autorzy są podmiotem wyłącznie odpowiedzialnym za informacje zawarte na stronie, a Komisja Europejska nie ponosi odpowiedzialności za ich zawartość, jak i sposób wykorzystania.

rodziców, ryzykowne lub aspołeczne zachowania. U innych osób wzrasta niepewność, nieśmiałość, wahanie, unikanie zaangażowania emocjonalnego oraz następuje spadek zdolności adaptacji do sytuacji życiowych.

- Do typowych objawów należą:
 - o Wzmoczony lęk, problemy z samoregulacją i asertywnością;
 - o Płaczliwość (dysforia) lub depresja (w szczególności w przypadku wykorzystywania seksualnego);
 - o Poczucie winy, wściekłości, strachu i rozczarowania;
 - o Lęk przed przyszłością lub poczucie braku perspektyw;
 - o Tendencja do zbyt silnego lub zbyt słabego reagowania w różnych sytuacjach; często pojawiają się ryzykowne zachowania. Jeżeli chodzi o zachowanie, nastolatki mogą demonstrować swoje rozczarowanie poprzez agresję skierowaną na inne osoby lub na samych siebie (samookaleczenia, groźby i próby samobójcze) lub przez zachowania seksualne mające na celu zyskanie aprobaty innych osób lub spożywanie alkoholu lub narkotyków;
 - o Trudności z uwagą i abstrakcyjnym myśleniem oraz z rozumieniem i rozwiązywaniem problemów;
 - o Nieradzenie sobie w życiu, prowokowanie konfliktów w szkole i w domu, zastępowanie dotychczasowych znajomych „znajomymi” z zaburzeniami zachowania.

Traumatyczne doświadczenie przeżyte przez dziecko /nastolatka ma wpływ na funkcjonowanie całej rodziny. Rodzice mogą czuć się niezdolni do zapewnienia bezpieczeństwa swojemu dziecku, a w związku z tym mogą stać się nadopiekuńczy. Mogą doświadczać też silnych emocji (wina, gniew, wstyd, smutek i tak dalej). Wszystko to wpływa na stosunki w rodzinie oraz jej ogólne funkcjonowanie (między innymi, szanse dziecka na uzyskanie wsparcia). Jeżeli traumatyczne zdarzenie ma miejsce w rodzinie (na przykład, przemoc ze strony rodzica), dochodzi do tego zmieszanie, strach, wina i różne inne emocje towarzyszące rozwiązaniu tej sytuacji.

Podsumowując, **PTSD u dzieci i młodzieży objawia się na następujących płaszczyznach:**

- **Więzi** – problemy z tworzeniem relacji, stawianiem granic, empatią, odrzucenie społeczne
- **Zdrowie fizyczne** – dolegliwości somatyczne, zahamowanie rozwoju czuciowo-ruchowego, problemy z koordynacją, problemy zdrowotne
- **Regulacja emocjonalna** – trudności z dostrzeganiem i nazywaniem uczuć i komunikacją potrzeb
- **Dysocjacja** – problemy z pamięcią, odmienne stany świadomości
- **Zdolność poznawcza** – problemy z koncentracją, uczeniem się, pozyskiwaniem nowych informacji, uczeniem się języków, planowaniem aktywności, poczuciem czasu i miejsca
- **Obraz samego siebie** – problemy z konsekwentnym postrzeganiem własnej osoby, problemy z percepcją ciała, niskie poczucie własnej wartości, wina, wstyd
- **Kontrola zachowania** – trudności z kontrolowaniem odruchów, agresja, zaburzenia odżywiania i zaburzenia snu, problemy z zachowaniem, ponowne przeżywanie traumy.

Złożony zespół PTSD

W 2018 roku w ICD-11 (WHO, 2018) pojawiło się oficjalne rozpoznanie **złożonego PTSD, powstającego wskutek przeżycia w dzieciństwie traumatycznego zdarzenia oraz**



Finansowanie w ramach programu BADEV ze środków programu Prawo, Równość i Obywatelstwo na lata 2014-2020 Unii Europejskiej, zgodnie z umową nr 764255 BADEV.

Treści zawarte na niniejszej stronie przedstawiają wyłącznie poglądy autorów/autora i nie odzwierciedlają poglądów Komisji Europejskiej. Autor/autorzy są podmiotem wyłącznie odpowiedzialnym za informacje zawarte na stronie, a Komisja Europejska nie ponosi odpowiedzialności za ich zawartość, jak i sposób wykorzystania.

trwających przez dłuższy okres i/lub powtarzających się traumatycznych zdarzeń.

Złożony zespół PTSD pojawia się po narażeniu na traumatyczne zdarzenia o ekstremalnie traumatycznym charakterze, w których przypadku istnieje poczucie braku wyjścia z sytuacji. W przypadku złożonego PTSD występują wyżej wymienione objawy PTSD, a dodatkowo poważne problemy z:

- radzeniem sobie z emocjami (kontrolą uczuć);
- obrazem własnej osoby (przekonanie, że jest się osobą słabszą, nieudacznikiem lub osobą bezwartościową, a jednocześnie poważne i uporczywe poczucie wstydu, winy lub porażki związane z traumatycznym zdarzeniem); oraz
- uporczywe trudności z podtrzymywaniem relacji i poczuciem bliskości wobec innych osób (u dzieci przede wszystkim są to problemy z wyrażaniem uczuć).

Podobnie jak w przypadku PTSD, następuje istotne zaburzenie ważnych obszarów funkcjonowania. Obecnie nie istnieją oficjalnie zatwierdzone charakterystyki zaburzenia specyficzne dla dzieci, dlatego stopień zaburzeń ocenia się według kryteriów stosowanych w przypadku osób dorosłych. Zasadniczo, złożony PTSD (tj. złożona trauma) u dzieci i młodzieży rozumie się jako zaburzenie więzi; zaburzenie funkcjonowania mechanizmów afektywnych, zachowawczych i biologicznych; zaburzenie obrazu i interpretacji własnej osoby; oraz problematyczną dysocjację (Cook i in., 2005).

Zaburzenia przywiązania

Styl przywiązania charakteryzuje wzajemność (silna współzależność, silne wzajemne uczucie) oraz więź emocjonalna (Maar, 2016). Jeżeli w trakcie rozwoju dziecko jest narażone na zachowania noszące znamiona przemocy, w tym zaniedbania, ze strony rodzica/opiekuna, więzi ulegają zaburzeniu.

Obecnie, DSM-5 i ICD-11 klasyfikują problemy związane z zaburzeniami przywiązania jako dwa różne zespoły, a nie jak to było wcześniej jeden – reaktywne zaburzenia przywiązania – i diagnozuje się je tylko u dzieci.

1. **Reaktywne zaburzenia przywiązania** to poważne zaburzenie, które u niemowląt lub małych dzieci przejawia się tym, że nie tworzą one bezpiecznej więzi ze swoimi rodzicami lub opiekunami. Koniecznym warunkiem powstania takiego zaburzenia są zaniedbania lub przemoc ze strony rodziców/opiekunów, co zasadniczo oznacza, że podstawowe potrzeby dziecka w zakresie komfortu, uczuć i pielęgnacji nie są zaspakajane przez osoby dorosłe sprawujące opiekę nad dzieckiem.

Według DSM-5 (APA, 2013), charakterystyczne dla tego zaburzenia są:

- Opóźnienie rozwoju
- Słabo wykształcone zachowania i nawyki w zakresie samopielęgnacji
- Opóźnienie rozwoju ruchowego i napięcie mięśniowe
- Stan dezorientacji, braku koncentracji, rozbicia (na przykład, bezpodstawny dystans, lęk, smutek lub drażliwość)
- Twarz bez wyrazu, przygaszone spojrzenie (na przykład stan smutku i odrętwienia, brak uśmiechu)
- Niepodejmowanie zwykłej interakcji (na przykład dziecko nie szuka pocieszenia lub nie reaguje w przypadku uzyskania pocieszenia; brak zainteresowania zabawą z udziałem innych osób, na przykład grą w chowanego)



Dzieci cierpiące na tego rodzaju zaburzenie słabo angażują się w kontakty z innymi osobami, ponieważ na wczesnym etapie swojego życia miały negatywne doświadczenia z dorosłymi, w których wyniku stały się ostrożne; mają trudności z uspokojeniem się, gdy coś je zdenerwuje i nie szukają pocieszenia u bliskich. Takie dzieci nie okazują emocji lub okazują je w stopniu minimalnym (AACAP; 2016).

W grupie podwyższonego ryzyka wystąpienia tego zaburzenia znajdują się dzieci wychowywane w domach dziecka lub w innych placówkach opiekuńczo-wychowawczych; dzieci, które muszą często zmieniać swoje miejsce zamieszkania (na przykład domy dziecka) lub opiekunów; dzieci, których rodzice cierpią na choroby psychiczne, popełniają przestępstwa lub nadużywają różnych substancji, co rzutuje na sprawowanie przez nich opieki rodzicielskiej; lub dzieci, które zostały zmuszone do rozstania się z rodzicami/opiekunami na dłuższy czas (na przykład ze względu na pobyt w szpitalu).

2. Rozhamowanie więzi społecznych

Podobnie, jak w przypadku reaktywnych zaburzeń przywiązania dziecko cierpiące na tego rodzaju zaburzenie nie wytwarza bezpiecznej więzi z rodzicami/opiekunami, co następuje w wyniku zaniedbania lub stosowania przemocy.

Do typowych cech tego zaburzenia należą (DSM-5, APA, 2013):

- Brak selektywności w interakcjach z nieznanymi osobami dorosłymi
- Werbalne i/lub fizyczne spoufalanie się (biorąc pod uwagę dopuszczalne kulturowo i odpowiednie do wieku granice), na przykład przytulanie nieznanymi
- Zmniejszone lub brak zainteresowania obecnością rodzica lub opiekuna podczas przebywania w nieznanym miejscu lub po oddaleniu się rodzica/opiekuna
- Gotowość do oddalenia się z nieznaną osobą dorosłą, wykazując przy tym minimalne wahanie lub jego zupełny brak

W odróżnieniu od dzieci z reaktywnymi zaburzeniami przywiązania, te dzieci wykazują więcej zachowań emocjonalnych i społecznych. Mogą sprawiać wrażenie natrętnych i przekraczające społecznie akceptowane i fizyczne granice kontaktu; zazwyczaj starają się zwrócić na siebie uwagę (AACAP; 2010).

W grupie podwyższonego ryzyka wystąpienia tego zaburzenia znajdują się dzieci, które były narażone na zaniedbania emocjonalne, były zmuszane do częstej zmiany miejsca zamieszkania i opiekunów, więc nie miały czasu zawiązać stabilnych relacji, oraz dzieci wychowywane w otoczeniu ograniczającym możliwości do tworzenia więzi z wybranymi osobami (na przykład w placówkach, w których na jednego opiekuna przypada większa liczba dzieci).

3. Ocena czynników ryzyka i zespołu stresu pourazowego

Czynniki ryzyka

Niektóre czynniki (związane z dziećmi, ich rodzinami i szerszym otoczeniem), z jednej strony, zwiększają możliwość, że dziecko stanie się ofiarą traumatycznego zdarzenia, a z drugiej strony zwiększają nasilenie objawów zespołu stresu pourazowego lub innych problemów psychicznych po narażeniu na traumę.

Według WHO (2016, 2018), istnieje wiele czynników ryzyka zwiększających prawdopodobieństwo, że dziecko padnie ofiarą przemocy. Na przykład, wiek (dzieciństwo lub okres nastoletni), wychowanie w rodzinie, która nie chciała mieć dziecka, specjalne potrzeby lub wrażliwość emocjonalna (na przykład dziecko dużo płacze). Dzieci i młodzież, których wygląd lub zachowanie są niekonwencjonalne (w grupie, społeczeństwie) (na



Finansowanie w ramach programu BADEV ze środków programu Prawo, Równość i Obywatelstwo na lata 2014-2020 Unii Europejskiej, zgodnie z umową nr 764255 BADEV.

Treści zawarte na niniejszej stronie przedstawiają wyłącznie poglądy autorów/autora i nie odzwierciedlają poglądów Komisji Europejskiej. Autor/autorzy są podmiotem wyłącznie odpowiedzialnym za informacje zawarte na stronie, a Komisja Europejska nie ponosi odpowiedzialności za ich zawartość, jak i sposób wykorzystania.

przykład: wyróżniające się cechy fizyczne, orientacja homoseksualna, odmienna tożsamość płciowa) lub które mają problemy, na przykład ze spożywaniem alkoholu, stanowią grupę podwyższonego ryzyka. W związku z tym, takie dzieci i młodzież są narażone na negatywne uwagi. Różne cechy zdecydowanie przyczyniają do powstania problemów psychologicznych – podwyższony poziom stresu, obniżony nastrój, niskie poczucie własnej wartości i inne – w związku z tym dzieci i młodzież stają się podatne na przemoc.

Mówiąc o czynnikach ryzyka w kontekście dzieci i młodzieży, nie można pominąć aspektów związanych z ich rodzicami i krewnymi. Dzieci, których rodzice mają trudności w tworzeniu z nimi więzi i wykazują słabe umiejętności rodzicielskie (w tym zaspokajanie potrzeb dziecka), a także nie posiadają wiedzy na temat rozwoju dziecka lub mają nierealistyczne oczekiwania względem dziecka, są częściej narażone na traumę.

Rodzice, którzy w dzieciństwie sami przeżyli traumę, nadużywają alkoholu lub innych substancji (w szczególności w okresie ciąży) i/lub mieli problemy z prawem lub problemy finansowe, są kolejnym czynnikiem zwiększającym ryzyko, że ich dziecko doświadczy traumy. Jeżeli dziecko przeżywa traumę, rozwój zespołu pourazowego jest zależny od stopnia, w jakim najbliższe otoczenie dziecka jest w stanie udzielić mu pomocy i wsparcia. Sytuacja dziecka jest znacznie gorsza, gdy sprawcą była osoba bliska dziecku.

W szerszym kontekście, na prawdopodobieństwo traumatycznego doświadczenia wpływ mają problemy zdrowotne członków rodziny dziecka (w szczególności choroby psychiczne), rozwód rodziców lub przemoc w rodzinie, izolacja od społeczeństwa lub brak relacji z życzliwymi osobami (WHO, 2016). To samo źródło wymienia czynniki mające wpływ na prawdopodobieństwo, że dziecko doświadczy traumy na poziomie społecznym. Do takich czynników należą, na przykład, łatwy dostęp do alkoholu i narkotyków, nierówność społeczna, wysoka stopa bezrobocia i ubóstwa, przemoc wobec dziecka, niewystarczające lub nieistniejące ramy prawne dotyczące pornografii, prostytucji i pracy dzieci, a także normy społeczne i kulturowe dotyczące przemocy, w tym kar fizycznych.

Na charakter i przebieg reakcji u nastolatków mają również wpływ informacje zwrotne nie tylko od rodziny, ale także od grupy rówieśniczej. Ryzyko wystąpienia zaburzenia jest podwyższone w przypadku ponownego wystąpienia tego samego typu traumy lub chronicznego narażenia na traumę psychiczną, a także w przypadku wcześniejszych traumatycznych doświadczeń i wcześniejszych chorób psychicznych (w szczególności, gdy nie były leczone).

Ocena PTSD

W leczeniu PTSD ważne jest stwierdzenie występowania zaburzenia na jak najwcześniejszym etapie, ponieważ im wcześniej rozpocznie się leczenie, tym większa szansa na wyleczenie przy mniejszym zaangażowaniu zasobów (na przykład krótszy czas trwania psychoterapii). Tylko z tego względu, wszelkie standardowe oceny psychiatryczne i psychologiczne praktykowane w pracy z dziećmi i młodzieżą powinny zawierać pytania o ewentualne narażenie na traumę, nawet jeśli w skierowaniu nie ma mowy o traumie (AACAP, 2010). Ocena składa się z dwóch części: konsultacji diagnostycznej i oceny psychologicznej

4. Ogólne zasady udzielania pomocy psychologicznej

Niniejszy rozdział przedstawia ogólne zasady prowadzenia skoncentrowanej na traumie psychoterapii dzieci i młodzieży.



Finansowanie w ramach programu BADEV ze środków programu Prawo, Równość i Obywatelstwo na lata 2014-2020 Unii Europejskiej, zgodnie z umową nr 764255 BADEV.

Treści zawarte na niniejszej stronie przedstawiają wyłącznie poglądy autorów/autora i nie odzwierciedlają poglądów Komisji Europejskiej. Autor/autorzy są podmiotem wyłącznie odpowiedzialnym za informacje zawarte na stronie, a Komisja Europejska nie ponosi odpowiedzialności za ich zawartość, jak i sposób wykorzystania.

Pomoc osobie narażonej na traumę rozpoczyna się od przeprowadzenia oceny psychologicznej, której szczegółowość zależy od sytuacji. Podejście skoncentrowane na traumie jest zalecane, gdy u dziecka lub nastolatka występują symptomy charakterystyczne dla zaburzenia związanego z traumą, które istotnie rzutują na jego codzienne życie po traumie. Ważne jest, aby wziąć pod uwagę skutki powtarzającej się i/lub trwającej przez dłuższy okres traumy.

W innych przypadkach zaleca się podtrzymanie kontaktu bez interwencji terapeutycznej (tak zwana uważna obserwacja, co oznacza spotkanie w celu oceny stanu); psychoedukację (dostarczenie informacji i nauka umiejętności) w zakresie krótko- i długoterminowych skutków traumy oraz podstawowych technik samopomocy; psychoterapię wspierającą (nieskoncentrowaną na traumie) lub doradztwo mające na celu zniwelowanie stresu spowodowanego przez traumę; i/lub regularną psychoterapię (odpowiednio do stwierdzonych problemów lub zaburzenia).

Terapia traumy (w tym kontekście terapia skoncentrowana na traumie w ogólnym znaczeniu, niezależnie od leżącej u jej podstaw teorii lub modelu) musi być zintegrowana z resztą interwencji (np. jeśli dziecko uczęszcza na psychoterapię lub też sprawa wymaga współpracy między różnymi instytucjami). Powinny w niej uczestniczyć ważne dla dziecka osoby dorosłe (członkowie rodziny lub opiekunowie, którzy nie są sprawcami traumy). Prowadzącym powinien być pracownik opieki społecznej, a jeśli opieka społeczna nie została zaangażowana, specjalista, do którego dziecko trafiło na początku. Bardzo ważna jest wymiana informacji mających znaczenie/pomocnych dla każdego z członków zespołu interdyscyplinarnego. Należy ściśle przestrzegać zasad poufności i dobra klienta, co oznacza przekazywanie informacji w przydatnym/niezbędnym a jednocześnie jak najmniejszym stopniu, pamiętając, że mówiąc o samym zdarzeniu nie należy wchodzić w szczegóły. Na przykład, dobrze byłoby gdyby rozpoczynając współpracę z dzieckiem psychoterapeuta wiedział, że sprawcą przemocy jest rodzic, z którym obecnie mieszka dziecko, ale jednocześnie nie jest konieczne szczegółowe określenie co sprawca faktycznie zrobił dziecku. Dobrze byłoby gdyby pracownik pomocy społecznej znał obecny etap psychoterapii dziecka – czy jest to stabilizacja czy etap skoncentrowany na traumie; ten drugi przypadek wymaga większego zaangażowania zasobów dziecka, ale faktyczna treść sesji nie musi być znana. Podsumowując raz jeszcze, w pracy interdyscyplinarnej ważne jest dostarczanie informacji, które dotyczą radzenia sobie przez dziecko z traumatycznym doświadczeniem – informacji wyjaśniających, odzwierciedlających postępy dziecka w terapii lub dotyczących konieczności stworzenia dziecku otoczenia, które umożliwi mu powrót do normalnego stanu.

Elementem psychoterapii skoncentrowanej na traumie (niezależnie od szkoły psychoterapeuty) jest edukacja na temat skutków traumy (informujemy, że w chwili doświadczenia traumy mogą pojawić się pewne zachowania stanowiące formę ochrony przed nadmiernym stresem; na przykład dysocjacja może zmniejszać natężenie traumy w momencie jej doświadczenia, ale w fazie pourazowej przechodzi w zachowania ucieczkowe, które uniemożliwiają niezbędny proces przetwarzania informacji). Pod uwagę bierze się różne aspekty traumy (charakter, czas wystąpienia i powtarzalność zdarzenia, możliwość powtórnego wystąpienia/kontynuacji traumy).

Przetwarzanie traumatycznego zdarzenia może nastąpić dopiero po odpowiednim przygotowaniu na to dziecka/rodziny, jeżeli dziecko/rodzina otrzymuje wsparcie poza terapią oraz, gdy terapeuta został odpowiednio przeszkolony, posiada stosowne kompetencje i wsparcie. Obowiązuje ogólna zasada, że przetwarzanie traumy rozpoczyna się dopiero po zakończeniu zdarzenia (oznacza to, że jeżeli trauma trwa nadal, zaleca się



Finansowanie w ramach programu BADEV ze środków programu Prawo, Równość i Obywatelstwo na lata 2014-2020 Unii Europejskiej, zgodnie z umową nr 764255 BADEV.

Treści zawarte na niniejszej stronie przedstawiają wyłącznie poglądy autorów/autora i nie odzwierciedlają poglądów Komisji Europejskiej. Autor/autorzy są podmiotem wyłącznie odpowiedzialnym za informacje zawarte na stronie, a Komisja Europejska nie ponosi odpowiedzialności za ich zawartość, jak i sposób wykorzystania.

najpierw zapewnienie bezpieczeństwa i wsparcie dziecka w przetwarzaniu traumy).

Terapia traumy powinna być odpowiednio dostosowana do sytuacji dziecka/rodziny, wieku, płci i tożsamości płciowej, podłoża kulturowego, możliwości rozwoju, zdrowia fizycznego i specjalnych potrzeb, a także silnych punktów i zasobów rodziny. Oznacza to, że specjalista prowadzący terapię traumy musi być elastyczny i zdolny do niezależnego kształtowania leczenia psychoterapeutycznego. Dlatego, niezmiernie ważne jest, żeby terapią traumy zajmował się specjalista posiadający niezbędną podstawową wiedzę i gruntownie przeszkolony z zakresu psychoterapii skoncentrowanej na traumie.

Psychoterapia u dzieci/rodzin, które doświadczyły traumy, a w szczególności złożonej traumy, opiera się na zasadzie „nie tylko trauma”, czyli podczas konfrontacji z traumą bierze się pod uwagę to co dzieje się wokół klienta: terapia traumy jest elastyczna czasowo i tematycznie i dostosowuje się ją do potrzeb klienta, co polega między innymi na zaangażowaniu zasobów poza terapią w celu pomocy w radzeniu sobie z różnymi problemami związanymi z poczuciem bezpieczeństwa.

Po poważnym wypadku lub katastrofie jedyną możliwą metodą interwencji jest ocena i terapia w środowisku szkolnym. Jednak warunkiem koniecznym jest tutaj wspólne doświadczenie traumy (dzieci z jednej lub kilku placówek brały udział w jednym i tym samym wypadku) i ułatwienie dostępu do dzieci, na przykład w celu przeprowadzenia badań przesiewowych lub obserwacji ich stanu, w warunkach placówki edukacyjnej (szkoły lub przedszkola).

Terapia dzieci lub inne decyzje terapeutyczne muszą być oparte przede wszystkim na faktycznym stopniu obserwowanych u nich symptomów oraz ocenie radzenia sobie niezależnie od tego czy zdiagnozowano u nich PTSD.

Dzięki zaangażowaniu rodziców w terapię traumy u dzieci i nastolatków uzyskuje się lepsze wyniki psychoterapii. W takim przypadku możliwe jest udzielenie wsparcia rodzicom i obniżenie ich poziomu stresu oraz nauczenie ich umiejętności niezbędnych do wsparcia dziecka. W ten sposób można również zidentyfikować zaburzenia u rodziców, w tym ich własne traumatyczne doświadczenia powiązane z danym zdarzeniem lub wcześniejsze nieprzepracowane doświadczenia. W tym drugim przypadku korzystne byłoby podjęcie przez takiego rodzica terapii indywidualnej.

Pierwszym zaleceniem w leczeniu dzieci i młodzieży, u których występują symptomy PTSD jest zawsze psychoterapia skoncentrowana na traumie. Farmakologia jest rozwiązaniem wtórnym i nie stosuje się jej dopóki istnieje możliwość leczenia występujących u dziecka symptomów za pomocą terapii skoncentrowanej na traumie. Jednak, jeśli dziecko ma na przykład bardzo obniżony nastrój i miewa myśli samobójcze, dezorganizujące funkcjonowanie i tworzy zagrożenie dla jego życia, stanowi to wskazanie do podania leków. Leczenie farmakologiczne rozważa się również w sytuacji, gdy dziecko nie ma wspierających je osób i w związku z tym nie może polegać na zasobach zewnętrznych. W takim przypadku niezbędne wsparcie zapewniają leki.

Bardzo często zaburzenia i/lub ich objawy występują jednocześnie po przeżyciu traumy, co oznacza, że w trakcie psychoterapii terapeuta musi łączyć różne techniki i metody odpowiednio do problemów. Na przykład, PTSD często wiąże się z nadużywaniem substancji psychoaktywnych, a związek między nimi może być różny: nadużywanie substancji psychoaktywnych przed wystąpieniem traumy i będący jej wynikiem PTSD, lub nadużywanie



Finansowanie w ramach programu BADEV ze środków programu Prawo, Równość i Obywatelstwo na lata 2014-2020 Unii Europejskiej, zgodnie z umową nr 764255 BADEV.

Treści zawarte na niniejszej stronie przedstawiają wyłącznie poglądy autorów/autora i nie odzwierciedlają poglądów Komisji Europejskiej. Autor/autorzy są podmiotem wyłącznie odpowiedzialnym za informacje zawarte na stronie, a Komisja Europejska nie ponosi odpowiedzialności za ich zawartość, jak i sposób wykorzystania.

substancji psychoaktywnych, na przykład alkoholu będące wynikiem prób radzenia sobie z PTSD. W każdym przypadku terapia powinna koncentrować się na symptomach PTSD oraz nadużywaniu substancji psychoaktywnych i łączyć ze sobą niezbędne typy interwencji. Powyższy przykład to jedno z najczęściej współistniejących zaburzeń u nastolatków i opracowano kilka modeli jego leczenia.

5. Modele i metody pomocy psychoterapeutycznej: wytyczne i zalecenia ekspertów

Zalecane modele terapii w pracy z dziećmi i młodzieżą po traumie.

Skoncentrowana na traumie terapia poznawczo-behawioralna (Cohen, Mannarino, Deblinger, 2006) opiera się na teoriach uczenia się i teoriach poznawczych oraz na przekonaniu, że na sposób, w jaki człowiek czuje się i zachowuje się w danej sytuacji ma wpływ jego interpretacja sytuacji i siebie samego w niej. Celem skoncentrowanej na traumie terapii poznawczo-behawioralnej jest zmniejszenie negatywnych reakcji emocjonalnych i behawioralnych będących wynikiem traumatycznego doświadczenia i dostosowanie niewłaściwych przekonań i interpretacji w tym względzie w celu zwiększenia poczucia bezpieczeństwa. Kolejnym celem terapii jest zapewnienie wsparcia rodzicowi (niebędącemu sprawcą traumy) i nauczenie go skutecznych sposobów radzenia sobie z własnym nadmiernym stresem, jak również stresem doświadczanym przez jego dziecko.

Skoncentrowany na traumie model terapii poznawczo-behawioralnej skierowany jest do dzieci w wieku od 3 do 18 lat. Jest to model modułowy, który w terapię angażuje zarówno narażone na traumę dziecko/nastolatek jak i jego rodziców/opiekunów.

- **Edukacja psychologiczna i umiejętności rodzicielskie** – edukacja na temat traumy, typowych reakcji na traumę; normalizacja reakcji, promowanie bezpieczeństwa i normalnego zachowania (w tym zdrowej seksualności); dawanie nadziei, motywowanie do terapii, w tym rozmowa o korzyściach płynących z (wczesnej) interwencji; nauka umiejętności rodzicielskich.
- **Umiejętności w zakresie samoregulacji** – kontrolowane oddychanie, progresywne rozluźnianie mięśni, umiejętność wyrażania emocji, hamowanie myśli i zastępowanie ich innymi, zauważanie, interpretacja i niwelowanie objawów fizycznych i inne umiejętności.
- **Umiejętności w zakresie regulacji emocji** – zauważanie, rozpoznawanie i kierowanie uczuciami.
- **Poznawcze przetwarzanie traumy** – określenie i przepracowanie nieprzystosowanych przekonań i interpretacji (przyczyna zdarzenia, odpowiedzialność itp.), nauka umiejętności poznawczego przetwarzania traumy (na przykład dialog wewnętrzny, pozytywne myślenie).
- **Opowiadanie o traumie** – stopniowe tworzenie narracyjnego opisu traumatycznego zdarzenia; opowiadanie historii traumy przy użyciu komponentów werbalnych, pisemnych i/lub symbolicznych (w tym lalek, zabawek). Opowiadanie tworzy się w oparciu o ramy czasowe, w tym okres przed traumą, okres samej traumy i okres po jej zakończeniu.
- **Ekspozycja na/przyzwyczajanie się do bodźców *in vivo*** (w rzeczywistej sytuacji) **oraz w wyobraźni** – konfrontacja z bodźcami wywołującymi traumę w celu nauczenia dziecka odróżniania rzeczywistego niebezpieczeństwa od wyimaginowanego (=powstałego w wyniku wspomnień o traumie) i ćwiczenie odpowiednich do sytuacji zachowań. Należy koniecznie podkreślić, że nikogo nie konfrontuje się z traumatycznym doświadczeniem, a jedynie z bodźcami, które je wywołały. Na przykład, jeżeli traumatycznym doświadczeniem był atak w parku, osoby zaatakowanej nie naraża się na



Finansowanie w ramach programu BADEV ze środków programu Prawo, Równość i Obywatelstwo na lata 2014-2020 Unii Europejskiej, zgodnie z umową nr 764255 BADEV.

Treści zawarte na niniejszej stronie przedstawiają wyłącznie poglądy autorów/autora i nie odzwierciedlają poglądów Komisji Europejskiej. Autor/autorzy są podmiotem wyłącznie odpowiedzialnym za informacje zawarte na stronie, a Komisja Europejska nie ponosi odpowiedzialności za ich zawartość, jak i sposób wykorzystania.

atak, a jedynie na przebywanie w parku, ponieważ przebywanie w parku jest bodźcem wywołującym wspomnienie traumy.

- **Wspólne sesje rodziców i dzieci** – rodzice uczestniczą w procesie terapii równolegle (po każdej sesji) do sesji dziecka oraz podczas wspólnych spotkań; rodzica zachęca się do stosowania wyniesionych z terapii wniosków w domu – stania się tak zwanym domowym terapeutą dziecka; dotyczy to edukacji rodziców, uczenia ich umiejętności radzenia sobie z objawami, zauważania, że dziecko potrzebuje pomocy i udzielania mu takiej pomocy oraz podejmowania komunikacji między członkami rodziny (w tym wspólnego spędzania czasu i zabaw).
- **Rozwój w przyszłości** – koncentracja na sposobach utrzymania bezpieczeństwa w przyszłości, nauka odpowiednich umiejętności i wzbudzenie świadomości.

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, terapia odwrażliwiania za pomocą ruchów gałek ocznych; Shapiro, 1989; 1993; Greenwald, 1993) to integracyjne podejście terapeutyczne ułatwiające przetwarzanie traumatycznych wspomnień i radzenie sobie z PTSD – aktywuje i prowadzi przetwarzanie traumy, promuje związane z traumą przystosowawcze interpretacje/znaczenia i alternatywne pozytywne przekonania, strategie i zachowania umożliwiające przetwarzanie traumy. W tej metodzie łączy się technikę obustronnej stymulacji (BLS) z technikami terapii psychodynamicznej, poznawczo-behawioralnej, interpersonalnej, empirycznej i somatycznej. Do technik BLS należą na przykład stymulacja ruchu gałek ocznych, obserwacja naprzemiennych sygnałów dźwiękowych i/lub świetlnych; w przypadku dzieci często stosuje się technikę tappingu (dotykania końcami palców na przykład grzbietu dłoni).

Metoda EMDR opiera się na założeniu, że w wyniku traumatycznych zdarzeń naturalne mechanizmy poznawcze i neurologiczne mechanizmy przetwarzania traumy u człowieka mogą ulec przeładowaniu. W związku z tym przetwarzanie w mózgu wspomnień o przeżytych zdarzeniach jest niedostateczne (wspomnienia są przechowywane w oddzielnej sieci pamięci). Celem EMDR jest przetwarzanie traumatycznych wspomnień w ośmiu etapach, dzięki czemu następuje niwelacja negatywnych skutków, a klientom pomaga się wypracować nowe mechanizmy przetwarzania traumy.

8 faz terapii:

- **Faza I Wywiad** – ocena psychologiczna, ocena gotowości do podjęcia terapii i omówienie planu leczenia, w tym określenie potencjalnych celów (niepokojący temat, zdarzenie, uczucie lub wspomnienie) oraz niewłaściwych przekonań.
- **Faza II Przygotowanie** – nabycie umiejętności przetwarzania traumy (zasoby pozytywne), takich jak „bezpieczne miejsce” – obraz, wspomnienie lub odczucie wywołujące przyjemne uczucia i zapewniające pozytywny odbiór siebie samego. Bezpieczne miejsce często wykorzystuje się w podsumowaniu sesji terapeutycznej, gdy wszystkie czynności nie zostały zakończone.
- **Faza III Ocena** – identyfikacja tak zwanych migawek zdarzenia, które wywołało traumę i związanego z nim zaburzenia, powiązanych z nim negatywnych skojarzeń i kontrastujących pozytywnych skojarzeń.
- **Faza IV Odwrażliwianie** – przetwarzanie migawek poprzez zastosowanie obustronnej stymulacji, czyli jednoczesnej wizualizacji wspomnienia, koncentracji na objawach fizycznych, obserwacji bodźców stosowanych w stymulacji dwustronnej i powtarzanie w myślach negatywnych skojarzeń.
- **Faza V Instalacja** – pozytywne skojarzenia „instaluje się” poprzez zastosowanie obustronnej stymulacji.
- **Faza VI Skanowanie ciała** – obserwacja ciała pod kątem odczuwania bólu, napięcia lub



Finansowanie w ramach programu BADEV ze środków programu Prawo, Równość i Obywatelstwo na lata 2014-2020 Unii Europejskiej, zgodnie z umową nr 764255 BADEV.

Treści zawarte na niniejszej stronie przedstawiają wyłącznie poglądy autorów/autora i nie odzwierciedlają poglądów Komisji Europejskiej. Autor/autorzy są podmiotem wyłącznie odpowiedzialnym za informacje zawarte na stronie, a Komisja Europejska nie ponosi odpowiedzialności za ich zawartość, jak i sposób wykorzystania.

dyskomfortu, a w przypadku ich stwierdzenia ponowne przetwarzanie za pomocą obustronnej stymulacji.

- **Faza VII Zamknięcie** – rozmowa na temat doświadczenia (tak zwane wysłuchanie relacji); terapeuta przekazuje informacje i udziela niezbędnego wsparcia.
- **Faza VIII Ponowna ocena** – ponowna ocena i zakończenie terapii. Następuje ocena niepokojących objawów występujących w związku z tematami przepracowanymi podczas poprzednich sesji.

Psychoterapia psychodynamiczna opiera się na teoriach i praktykach psychoanalitycznych (teoria popędów, psychologia ego, teoria relacji z obiektem, teoria self). Zgodnie z nimi na zachowanie człowieka mają wpływ podświadome informacje i doświadczenia z przeszłości. Wczesne doświadczenia człowieka (głównie relacje z rodzicami) tworzą nieświadome modele zachowań, które są później odwzorowywane w innych relacjach. Nowoczesna psychoanaliza nastawiona jest na podnoszenie samoświadomości oraz świadomości własnych zachowań, czyli mówiąc inaczej – zwiększanie spójności osobowości. Klientowi pomaga się dostrzec i zbadać, w jaki sposób podświadome emocje i motywy wpływają na jego zachowanie i budowane relacje.

Celem terapii psychodynamicznej jest niwelowanie napięcia, stresu i lęku odczuwanego przez człowieka, poprzez rozumienie ich genezy, tak aby poprawić jego interakcję z innymi osobami, umożliwić mu tworzenie związków i funkcjonowanie w życiu codziennym. Bardzo ważna jest współpraca między klientem a terapeutą „tu i teraz”, w środowisku, w którym zdobywa się i poznaje takie doświadczenie.

Inne metody terapeutyczne w pracy z dziećmi i młodzieżą narażonymi na traumę i ich rodzinami.

Terapia rodzinna – oparta jest na różnych teoriach i modelach (w tym teorii systemów, teorii komunikacji itp.). Jest to szkoła psychoterapii ukierunkowana na systematyczne rozwiązywanie problemów powstających w relacjach z bliskimi lub innymi ważnymi osobami. Psychoterapia rodzinna to forma współpracy między klientem a rodziną. W jej trakcie terapeuta świadomie i celowo wykorzystuje techniki psychologiczne pomagające klientowi i jego rodzinie zrozumieć i zmienić wzajemne relacje, modele komunikacji, emocje, wzajemne postrzeganie się, koncepcje ról i zachowania w danej roli w celu ograniczenia występowania zachowań symptomatycznych/ problematycznych. Ważne jest, aby członkowie rodziny dowiedzieli się o problemach klienta i nauczyli się technik radzenia sobie z nimi.

W kontekście terapii traumy terapia rodzinna jest tak zwaną metodą wspierającą podejmowaną obok interwencji skoncentrowanej na traumie, a terapeutyczne interwencje rodzinne stanowią część modelu integracyjnego. Przykładem tej ostatniej sytuacji jest terapia polegająca na interakcji rodzic-dziecko (Hembree-Kigin, McNeil, 1995), która jest również ukierunkowana na ewentualne problemy behawioralne po traumie. Model koncentruje się na behawioralnym uczeniu umiejętności rodzicielskich w tak zwanym formacie „tu i teraz”. Oznacza to, że rodzica instruuje się, jak regulować zachowanie dziecka w bieżącej chwili.

Terapia grupowa – w tym kontekście nie jest to metoda sama w sobie, a raczej forma. Istnieją różne modele terapii grupowej skoncentrowanej na traumie, w tym modele oparte na terapii poznawczo-behawioralnej oraz integracyjne. Terapia grupowa zalecana jest w przypadku dzieci w wieku szkolnym w sytuacji, gdy trauma jest wspólnym doświadczeniem (chodzi zarówno o samo zdarzenie jak i grupę docelową) (NICE, 2018). Jakkolwiek, może okazać się



Finansowanie w ramach programu BADEV ze środków programu Prawo, Równość i Obywatelstwo na lata 2014-2020 Unii Europejskiej, zgodnie z umową nr 764255 BADEV.

Treści zawarte na niniejszej stronie przedstawiają wyłącznie poglądy autorów/autora i nie odzwierciedlają poglądów Komisji Europejskiej. Autor/autorzy są podmiotem wyłącznie odpowiedzialnym za informacje zawarte na stronie, a Komisja Europejska nie ponosi odpowiedzialności za ich zawartość, jak i sposób wykorzystania.

rozwiązaniem przydatnym dla rodziców dzieci narażonych na traumę (należy jednak pamiętać, że sama praca z rodzicami nie wyleczy symptomów pourazowych u dziecka). W każdym przypadku, terapia grupowa jest doskonałą metodą interwencji w sytuacji wspólnego doświadczenia.

Terapia poprzez zabawę – w kontekście traumy to również nie jest metoda sama w sobie, ale jej forma. Podstawowym założeniem jest, że zabawa jest naturalnym środowiskiem dla dziecka, w którym dziecku łatwiej jest wyrazić samego lub samą siebie oraz wprowadzić zmianę w emocjach i zachowaniu. Terapia poprzez zabawę łączy spontaniczną zabawę z ustrukturyzowanymi czynnościami nastawionymi na osiągnięcie ustalonych celów terapeutycznych (Gil i Johnson, 1993). Do takich celów należy zwrócenie uwagi dziecka na jego świat wewnętrzny, wsparcie zdolności dziecka do reagowania na swoje potrzeby w odpowiedni sposób, wzmożenie więzi dziecka z ważnymi dla niego osobami, w tym z rodzicami, oraz egzekwowanie rozwoju zasobów wewnętrznych (Saunders, 2003). W kontekście traumy obejmuje to przetwarzanie uczuć i myśli związanych z traumą oraz wsparcie w radzeniu sobie ze skutkami traumy.

Ekspozycyjna terapia narracyjna (Schauer i in., 2011) – głównym jej celem jest pomoc osobom narażonym na traumę w opisanu ich doświadczeń oraz stworzeniu prawdziwej, harmonijnej i dokładnej pod względem czasowym narracji o ich życiu, której naturalną częścią jest traumatyczne doświadczenie. Ważne jest, żeby traumatyczne doświadczenie zostało emocjonalnie przetworzone tak, aby naturalnie wpasowało się w resztę narracji. Poza tworzeniem narracji, proces terapeutyczny wykorzystuje również techniki terapii poznawczo-behawioralnej. Wykazano, że jej model o nazwie KidNET, przystosowany do potrzeb dzieci, istotnie zmniejsza występowanie symptomów PTSD (Ruf i in., 2010).

Terapie kreatywne/ekspresyjne – stanowią połączenie celowego wykorzystania sztuki, muzyki, tańca/ruchu, teatru i poezji w kontekście psychoterapii (Foa i in., 2009). Metody kreatywne pełnią podobną funkcję do tak zwanych technik psychoterapii tradycyjnej. Na przykład, kreatywne wyobrażenie traumy jest mniej więcej podobne do ekspozycji wyobrażeniowej, a wyrażanie różnych wyobrażeń na temat doświadczenia (na przykład w formie odgrywania scenek) ma silny wpływ na restrukturyzację skojarzeń z traumą. Terapie kreatywne poprzez sztukę koncentrują się również na nauce umiejętności samoregulacji i wzmacnianiu zasobów poprzez zastosowanie podejścia sensorycznego i somatycznego.

Metody kreatywne umożliwiają wyrażenie swoich traumatycznych doświadczeń i mają charakter normalizujący, szczególnie w przypadku dzieci. Ważne jest to, że dają możliwość prowadzenia terapii w sytuacjach, gdy komunikacja z jakiegoś powodu jest utrudniona (na przykład: niewystarczająca znajomość języka lub różnice kulturowe).

Stosując metody kreatywne w kontekście terapii traumy należy pamiętać, że powinny być prowadzone przez odpowiednio przygotowanego specjalistę, który ukończył podstawowe szkolenie psychologiczne oraz szkolenie z zakresu skoncentrowanej na traumie terapii kreatywnej poprzez sztukę. Terapia kreatywna poprzez sztukę musi odbywać się przy dobrowolnym udziale klienta i we współpracy/koordynacji z innymi bieżącymi sposobami leczenia i terapiami oraz terapeutami (Foa i in., 2009).

Psychoterapia zaburzeń przywiązania

W przypadku zaburzeń przywiązania zalecaną formą terapii są interwencje skoncentrowane na wytworzeniu więzi emocjonalnej: **podstawowy element takich terapii stanowi wzmocnienie**



Finansowanie w ramach programu BADEV ze środków programu Prawo, Równość i Obywatelstwo na lata 2014-2020 Unii Europejskiej, zgodnie z umową nr 764255 BADEV.

Treści zawarte na niniejszej stronie przedstawiają wyłącznie poglądy autorów/autora i nie odzwierciedlają poglądów Komisji Europejskiej. Autor/autorzy są podmiotem wyłącznie odpowiedzialnym za informacje zawarte na stronie, a Komisja Europejska nie ponosi odpowiedzialności za ich zawartość, jak i sposób wykorzystania.

wrażliwości rodzicielskiej i więzi psychicznej.

Można ją realizować na dwa sposoby – w oparciu o relację rodzic/opiekun lub dziecko-rodzic/opiekun. Pierwsza z metod jest preferowana w sytuacji, gdy rodzic/opiekun jest emocjonalnie gotowy, aby być dla terapeuty tak zwanym współterapeutą. Oznacza to, że rodzica/opiekuna uczy się sposobów i technik interakcji z dzieckiem w celu stworzenia bezpieczniejszej więzi z dzieckiem. W takim przypadku terapia nie dotyczy bezpośrednio dziecka.

Drugie podejście stosuje się, gdy rodzic lub opiekun jest nadmiernie obciążony emocjonalnie; w takim przypadku zarówno rodzic/opiekun jak i dziecko uczestniczą w terapii skoncentrowanej na nadzorowanej nauce umiejętności „tu i teraz” oraz modelujących umiejętności niezbędne rodzicowi/opiekunowi. Nadzorowana nauka umiejętności rodzicielskich i informacje zwrotne (wideotrening) wspierają osobę dorosłą w odpowiednim reagowaniu wobec dziecka, co pomaga w budowaniu zdrowej relacji emocjonalnej. Praktyka kliniczna pokazuje, że skuteczny model terapii definitywnie koncentruje się na bezpieczeństwie psychologicznym, zwiększając stabilność czasu spędzanego z dzieckiem w relacji rodzic i dziecko, rozwijając umiejętności empatycznego słuchania, zapewniając stabilność rodzica, który jest dla dziecka wzorem przywiązania, nauki umiejętności dostępności emocjonalnej oraz wypracowania uwagi na potrzeby dziecka (Lubit i in., 2013; odniesienie do *Virginia Commission*, 2017).

Przykładem dwuczłonowego modelu psychoterapii jest wyżej wspomniany model psychoterapii relacji dziecko-rodzic (Lieberman, van Horn, 2005), który łączy elementy terapii psychodynamicznej, poznawczo-behawioralnej i teorii więzi, zachęcając do emocjonalnej interakcji między dzieckiem a rodzicem.

AACAP (2010; 2016) nie poleca interwencji (zob. też pole tekstowe: Źle dobrane terapie w problemach z przywiązaniem), które pociągają za sobą ograniczenia fizyczne lub przymus (np. terapeutyczne przytrzymanie lub przytulanie na siłę), „ponowne przetwarzanie” traumy (np. terapia rebirthing) lub regresja w celach ponownego stworzenia więzi, ponieważ nie istnieją żadne dowody empiryczne na ich poparcie, a dodatkowo odnotowano kilka niefortunnych zdarzeń (w tym ze skutkiem śmiertelnym dla dziecka).

6. Kompetencje specjalistów udzielających pomocy psychologicznej skoncentrowanej na traumie

Kompetencję definiuje się jako zwyczajowe, rozsądne wykorzystanie komunikacji, wiedzy, umiejętności technicznych, rozumowania klinicznego, emocji, wartości i refleksji w codziennej praktyce dla dobra jednostki i społeczności, na rzecz której świadczy się usługi (Epstein i Hundert, 2002, str. 227; odniesienie do APA, 2015).

Ten rozdział dotyczy kompetencji związanych z pracą z traumą, czyli minimalnej wiedzy, postaw i umiejętności niezbędnych w celu pomocy osobom narażonym na traumę. Poniżej omówiono wytyczne Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego (APA, 2015), które określają minimalne wymagania w zakresie kompetencji psychologów zajmujących się terapią traumy. Naturalnie należy pamiętać, że na tym dokumencie nie można polegać w stu procentach poza krajem, w którym został stworzony. Zaleca się przeprowadzenie podobnej dyskusji na temat niezbędnych kompetencji w Polsce z udziałem praktyków, przedstawicieli instytucji edukacyjnych oraz samorządowych.



Finansowanie w ramach programu BADEV ze środków programu Prawo, Równość i Obywatelstwo na lata 2014-2020 Unii Europejskiej, zgodnie z umową nr 764255 BADEV.

Treści zawarte na niniejszej stronie przedstawiają wyłącznie poglądy autorów/autora i nie odzwierciedlają poglądów Komisji Europejskiej. Autor/autorzy są podmiotem wyłącznie odpowiedzialnym za informacje zawarte na stronie, a Komisja Europejska nie ponosi odpowiedzialności za ich zawartość, jak i sposób wykorzystania.

Psychoterapeuta pracujący z osobami, które przeżyły traumę powinien być przygotowany do zrozumienia wpływu jaki trauma ma na osobę i jej ogólny stan zdrowia oraz reakcji powodowanych przez traumę i na tej podstawie przeprowadzić ocenę traumy i podjąć interwencje biorąc pod uwagę cechy indywidualne, kulturowe i inne.

Między innymi, psychoterapeuta musi wziąć pod uwagę czynniki rozwojowe związane z relacjami (przede wszystkim, jaki wpływ ma trauma na funkcjonowanie rodziny) oraz złożonymi problemami związanymi z traumą (na przykład, współistniejące zaburzenia, znaczenie różnych zachowań w kontekście traumy i tak dalej). Psycholog czy psychoterapeuta musi wiedzieć, jak ocenić wpływ traumy w psychoterapii – od stworzenia i utrzymania relacji terapeutycznej po wybór i zastosowanie odpowiedniej interwencji. Ponadto, musi być przygotowany do dostosowania procesu psychoterapeutycznego do potrzeb i stopnia gotowości osoby, która potrzebuje pomocy. Kolejną istotną umiejętnością jest branie pod uwagę, ocena i wsparcie zasobów osoby, która przeżyła traumę – jej mocnych stron, odporności psychicznej i rozwoju potencjału po traumie.

Kompetencje psychoterapeuty powinny także obejmować zdolność do autorefleksji (jest to ważne w tym przypadku, gdyż praca ta jest ogromnie obciążająca emocjonalnie i bardzo intensywna), podnoszenia swoich kompetencji i pracy w zespole (współpraca ze specjalistami zajmującymi się danym przypadkiem).

Można wyróżnić następujące podkategorie szczegółowych kompetencji skoncentrowanych na traumie:

I Wiedza naukowa o traumie – przypadki występowania traumy, wpływ traumy na jednostkę, relacje i szersze grupy osób; grupy ryzyka; mechanizm reakcji na traumę; interwencje oparte na dowodach; umiejętności krytycznej oceny publikacji na temat traumy i związanych z nią zaburzeń; umiejętność zrozumiałego przekazania klientowi wiedzy popartej dowodami.

II Kompetencje w zakresie interwencji psychologicznej – ciekawość, wyjście z omnipotentnej postawy, jednocześnie wiedza o empirycznie zbadanych interwencjach (psychologicznych, farmakologicznych, somatycznych) w leczeniu zaburzeń związanych z traumą; umiejętności odpowiedniego spojrzenia na osobę potrzebującą pomocy podczas przystosowania i interwencji (jaką interwencję zastosować, w jakich ramach czasowych, dla jakiego klienta itp.) i oceny przebiegu procesu terapeutycznego; zrozumienie elementów i mechanizmu procesu zmiany; zdolność przetwarzania doświadczenia innej osoby nie osądzając jej lecz udzielając jej wsparcia (empatia, szacunek) i wyrażania wiary w powrót do normalnego stanu; umiejętność rozumienia zachowań, mechanizmów obronnych pacjenta i w konsekwencji zapobiegania zachowaniom ucieczkowym w trakcie psychoterapii, tj. otwartość i konsekwentność; zdolność do współpracy z rodziną i osobami z otoczenia osoby, która przeżyła traumę, a także z innymi specjalistami; zdolność do nawiązania i utrzymania relacji terapeutycznej umożliwiającej wytworzenie poczucia bezpieczeństwa, zaufania i otwartości.

III Kompetencje zawodowe – umiejętności uwzględnienia w swojej pracy w przepisów prawa i innych zasad nałożonych przez systemy zewnętrzne, a także ich wpływu na osobę, która przeżyła traumę (na przykład działania proceduralne w trakcie dochodzenia; poufność; wymagania przepisów prawa i tym podobne); uwzględnienie i zastosowanie aspektów etycznych; przekazywanie informacji o traumatycznych doświadczeniach uprawnionym osobom i instytucjom (np. wymiar sprawiedliwości.).



Finansowanie w ramach programu BADEV ze środków programu Prawo, Równość i Obywatelstwo na lata 2014-2020 Unii Europejskiej, zgodnie z umową nr 764255 BADEV.

Treści zawarte na niniejszej stronie przedstawiają wyłącznie poglądy autorów/autora i nie odzwierciedlają poglądów Komisji Europejskiej. Autor/autorzy są podmiotem wyłącznie odpowiedzialnym za informacje zawarte na stronie, a Komisja Europejska nie ponosi odpowiedzialności za ich zawartość, jak i sposób wykorzystania.

V Kompetencje dotyczące relacji i szerszych powiązań – zindywidualizowana ciekawość względem klienta, zrozumienie, jak trauma wpływa na sieć relacji (systematyczny skutek traumy); gotowość do podjęcia współpracy na różnych poziomach systemów społecznych w otoczeniu osoby, która przeżyła traumę (na przykład rodzina, koledzy i koleżanki z klasy, zaangażowani specjaliści); gotowość do interdyscyplinarnej interwencji odpowiednio do potrzeb osoby, która przeżyła traumę; umiejętności przekazywania wiedzy na temat traumy różnym grupom docelowym (od pojedynczych klientów po szersze grupy dotknięte traumą, np. organizację); świadomość tego, jak różne systemy (rodzina, instytucje, społeczność) mogą wpływać na pierwotne i wtórne doświadczenie traumy, a w niezbędnych przypadkach, gotowość do interwencji zapobiegawczej lub pomocniczej; świadomość tego, jak różne systemy relacji mogą wzmacniać odporność psychiczną w obliczu traumatycznego doświadczenia oraz umiejętności jej stosowania w praktyce.

7. Utrzymanie zdolności specjalistów zajmujących się terapią skoncentrowaną na traumie do pracy – szkolenia i nadzór

Specjaliści pracujący z grupami docelowymi, które miały styczność z traumą, w szczególności z dziećmi, są potencjalnie zagrożeni ryzykiem: zawodowego wypalenia się oraz zmęczenia współczuciem, tj. zastępczej traumatyzacji (McCann, Pearlman, 1990). Ten ostatni przypadek jest charakterystyczny dla specjalistów pracujących z klientami, którzy przeżyli traumę. Wtórna traumatyzacja psychoterapeuty ma związek ze stanem emocjonalnego napięcia wytworzonego przez słuchanie innych osób mówiących o swoich ogromnie skomplikowanych i trudnych doświadczeniach i odczuwaniem współczucia z powodu ich bólu, lęków i przeżyć.

Wytyczne dotyczące interwencji w przypadku złożonego PTSD, opublikowane przez Brytyjskie Towarzystwo Traumatyzacji Psychiczej (2017) zawierają zalecenia odnośnie minimalizacji traumatyzacji zastępczej:

- Znajomość i dostrzeganie wczesnych oznak traumatyzacji
- Regularna superwizja
- Wsparcie kolegów po fachu, pracujących w zespole, w tym grupy samopomocy (wsparcia) w miejscu pracy
- Ograniczenie nakładu pracy (ograniczenie liczby przyjmowanych pacjentów z traumą)
- Zarządzanie czasem pracy (w ciągu dnia, tygodnia i w szerszym znaczeniu)
- Równowaga między życiem zawodowym a prywatnym

Należy też wspomnieć o możliwości regularnych szkoleń odświeżających wiedzę.

Podsumowując, pomaganie innym jest niezwykle satysfakcjonujące, ale jednocześnie wymagające emocjonalnie. W związku z tym, bardzo ważne jest, aby specjaliści zajmujący się terapią traumy mieli świadomość ryzyka, na jakie są narażeni i byli gotowi zapobiegać oraz radzić sobie z nadmiernym obciążeniem emocjonalnym. Ponadto, ważne jest wsparcie koleżeńskie, wzajemna życzliwa obserwacja, a w przypadku pracodawców stosowanie środków zapobiegawczych i udzielanie pomocy w przypadku przeciążenia pracą (na przykład zebrania kliniczne, superwizja, grupa Balinta, szkolenia odświeżające wiedzę, pomoc koleżeńską; starannie przemyślany i elastyczny czas pracy).

8. Pomoc terapeutyczna w Polsce:

W Polsce brakuje prawnych regulacji dotyczących zawodu psychoterapeuty. Zawód ten jest wykonywany najczęściej przez osoby posiadające wykształcenie z obszarów nauk: psychologicznych, pedagogicznych, medycznych bądź socjologicznych.



Finansowanie w ramach programu BADEV ze środków programu Prawo, Równość i Obywatelstwo na lata 2014-2020 Unii Europejskiej, zgodnie z umową nr 764255 BADEV.

Treści zawarte na niniejszej stronie przedstawiają wyłącznie poglądy autorów/autora i nie odzwierciedlają poglądów Komisji Europejskiej. Autor/autorzy są podmiotem wyłącznie odpowiedzialnym za informacje zawarte na stronie, a Komisja Europejska nie ponosi odpowiedzialności za ich zawartość, jak i sposób wykorzystania.

Z perspektywy osób poszukujących pomocy, istotne zdaje się być rozróżnienie specjalistów zajmujących się pomaganiem. Inną pomoc otrzymamy od psychologa, inaczej zgłaszany problem nazwie lekarz psychiatra, a jeszcze inaczej odniesie się do niego psychoterapeuta. Aby pomóc w odróżnieniu specjalizacji, proponujemy krótki opis:

- **Psycholog**, to absolwent psychologii. Podczas nauki akademickiej przygotowany jest do prowadzenia diagnozy psychometrycznej, badań naukowych, ma wiedzę z zakresu teorii psychoterapeutycznych, doradztwa i stosuje różne formy krótkotrwałej pomocy psychologicznej.
W przypadku poszukiwań specjalisty np. diagnosty dla dziecka, warto skierować się po pomoc do osoby z doświadczeniem w pracy z dziećmi, bądź bezpośrednio do psychologa ze specjalizacją kliniczną dzieci i młodzieży.
- **Psychiatra** jest lekarzem specjalistą, ukończył studia w dziedzinie medycyny. Zajmuje się diagnozą i leczeniem chorób i zaburzeń psychicznych. W leczeniu może stosować również farmakologię. W przypadku dzieci i młodzieży, zalecane jest zgłoszenie do lekarza ze specjalizacją z psychiatrii dzieci i młodzieży.
- **Psychoterapeuta**, to odrębny zawód. O tytuł psychoterapeuty mogą ubiegać się osoby z wyższym wykształceniem. Wymagane jest ukończenie specjalistycznego szkolenia, posiadanie doświadczenia własnej psychoterapii oraz stałej superwizji pracy klinicznej. Proces dydaktyczny jest przede wszystkim procesem zdobywania praktycznych umiejętności z zakresu prowadzenia psychoterapii. Długą naukę wieńczy praca dyplomowa oraz w przyszłości certyfikacja pracy pod intensywną superwizją pracy klinicznej. W przypadku psychoterapii dzieci i młodzieży, warto kierować się do osób które mają tytuł psychoterapeuty, ale przede wszystkim specjalizują się w pracy z dziećmi i młodzieżą. Obecnie w Polsce trwają prace nad wyodrębnieniem zawodu psychoterapeuty dzieci i młodzieży.
- **Terapeuta**, to osoba posiadająca wykształcenie wyższe, najczęściej z obszaru nauk pedagogicznych. Kompetencje zawodowe podnosi poprzez udział w szkoleniach z zakresu pomagania i specjalizuje się w określonych problemach związanych ze zdrowiem psychicznym. Nie posiada ukończonego szkolenia całościowego z zakresu psychoterapii. W sytuacji poszukiwań terapeuty dla dziecka, warto przyjrzeć się doświadczeniu osoby, zasięgnąć opinii na temat specjalisty. Warto, na tyle, ile to możliwe sprawdzić jakie szkolenia, kursy i dyplomy mieszczą się w jego dorobku zawodowym.

O standardach i kompetencjach pracy psychologa/psychoterapeuty/terapeuty może świadczyć między innymi zrzeszenie w specjalistycznych organizacjach tj:

Polskie Towarzystwo Psychologiczne;
Polskie Towarzystwo Psychiatryczne;
Polskie Towarzystwo Terapii Poznawczo-Behawioralnej.
Polskie Towarzystwo Psychoterapii Psychoanalitycznej

Ministerstwo Zdrowia w styczniu 2019 powołało komisję pracującą nad wyodrębnieniem zawodu Psychoterapeuty klinicznego dzieci i młodzieży. W pracy klinicznej z dziećmi i młodzieżą rekomenduje 5 podejść psychoterapeutycznych:



Finansowanie w ramach programu BADEV ze środków programu Prawo, Równość i Obywatelstwo na lata 2014-2020 Unii Europejskiej, zgodnie z umową nr 764255 BADEV.
Treści zawarte na niniejszej stronie przedstawiają wyłącznie poglądy autorów/autora i nie odzwierciedlają poglądów Komisji Europejskiej. Autor/autorzy są podmiotem wyłącznie odpowiedzialnym za informacje zawarte na stronie, a Komisja Europejska nie ponosi odpowiedzialności za ich zawartość, jak i sposób wykorzystania.

Psychoterapia humanistyczna;
Psychoterapia psychodynamiczna - psychoanalityczna;
Psychoterapia systemowa;
Podejście integracyjne;
Psychoterapia poznawczo - behawioralna



Finansowanie w ramach programu BADEV ze środków programu Prawo, Równość i Obywatelstwo na lata 2014-2020 Unii Europejskiej, zgodnie z umową nr 764255 BADEV.
Treści zawarte na niniejszej stronie przedstawiają wyłącznie poglądy autorów/autora i nie odzwierciedlają poglądów Komisji Europejskiej. Autor/autorzy są podmiotem wyłącznie odpowiedzialnym za informacje zawarte na stronie, a Komisja Europejska nie ponosi odpowiedzialności za ich zawartość, jak i sposób wykorzystania.