



RAPORT

Z Zadania Publicznego pt. „Dziecko w Kryzysie – pilotaż”

Realizowanego przez Fundację POMOCOWNIA przy współfinansowaniu M. St. Warszawa

1. Wstęp

Systemowa pomoc dzieciom w sytuacji separacji czy rozvodu ich rodziców, przy występowaniu u dziecka oporu lub odmowy kontaktów z jednym z rodziców, jest niełatwym zadaniem, również za sprawą licznych kontrowersji związanych z teoretycznym rozumieniem tego zjawiska. Odmowa utrzymywania przez dziecko relacji z jednym z rodziców była w ostatnich dziesięcioleciach tłumaczona za pomocą różnych konstrukcji teoretycznych w celu osiągnięcia postępu w wiedzy naukowej czy planowania pracy terapeutycznej. Teorie te najczęściej były uproszczone, kładące nacisk na jednoczynnikowe rozumienie zjawiska oporu/odmowy. Teorie te wywodzą się z trzech głównych nurtów: pierwszym, skupiającym się na sytuacjach wewnątrzrodzinnych nadużyć (kobiet i dzieci); drugim, który skupia się na dynamice rodzinnej i alienacji rodzicielskiej i trzecim, który argumentuje, że odmowa jest po prostu aktem woli dzieci, który stanowi część ich praw (Janet R. Johnston i Matthew J. Sullivan, 2020, Fernando Álvarez, Josu Arrospide, Marian Elicegui, Elena Fernández-Markaida, María Lusarreta, Begoña Rueda i Aurora Urbano, 2022).

Pracując od kilku lat w obszarze pomocy rodzinom i dzieciom w sytuacji wysokiego konfliktu oraz możliwej dynamiki oporu – odmowy wobec kontaktu, specjaliści Fundacji POMOCOWNIA wypracowali model pomocy oparty na następujących zasadach:

1. Istnieją różne powody odmowy kontaktów dziecka z jednym z rodziców po rozwodzie,
2. Praca z rodziną w pierwszej kolejności polega na weryfikacji występowania traumy u dziecka lub przemocy/nadużycia względem dziecka, stąd konieczność posługiwania się modelami teoretycznymi, które kładą nacisk na poszukiwanie, czy w historii dziecka miała miejsce trauma, przemoc, nadużycie
3. Traumą mogą być zarówno sytuacje związane z przemocą, nadużyciami, zaniedbaniem, używaniem substancji psychoaktywnych przez rodzica jak i zdarzenia, które osobom dorosłym czy specjalistom nie wydają się traumatyczne, jednak w przeżywaniu dziecka takimi są,
4. Istnieją różne typy relacji rodzic – dziecko po rozstaniu rodziców. Dany typ relacji z każdym z rodziców będzie powiązany z różnymi typami reakcji na rodziców
5. U niektórych rodziców pojawiają się zachowania, które mogą przyczynić się do wzrostu dynamiki oporu/odmowy dziecka wobec drugiego rodzica.

2. Co to jest trauma?

Rola traumy, jakiej mogło doświadczyć dziecko, powinna być zbadana w każdej napiętej relacji rodzic-dziecko, ponieważ może ona poprzedzać dynamikę oporu – odmowy wobec kontaktów z rodzicem. Trauma to wydarzenie wykraczające poza normalne doświadczenie. Trauma może być reakcją na pojedyncze zdarzenie (ostra), powtarzać się w czasie (chroniczna) lub być wynikiem zróżnicowanego, powtarzalnego i długotrwałego narażenia na traumatyczne wydarzenia, które często mają charakter inwazyjny i interpersonalny (złożona). Trauma ostra to pojedyncze, ekstremalne wydarzenie, które wystąpiło w życiu dorosłym lub dzieciństwie (np. wypadek samochodowy, pobicie lub gwałt). Trauma chroniczna lub złożona to powtarzające się wydarzenia, występujące zwykle w kontekście bliskiej relacji; do tych doświadczeń traumatycznych zalicza się: nadużycie emocjonalne (np. umniejszanie, dokuczanie, wyzviska, groźby słowne, niesprawiedliwe karanie), nadużycie fizyczne (np. bycie uderzanym, dręczonym lub ranionym fizycznie), molestowanie lub nadużycie seksualne, a także emocjonalne zaniedbanie.

3. Wpływ traumy na rozwój dzieci

Dzieci ze złożoną traumą często nie ufają innym. Dla wielu osób, wraz ze wzrostem liczby zdarzeń traumatycznych, na które są lub były narażone, rośnie liczba i zawilość objawów traumy złożonej. Ciągła ekspozycja na traumę tworzy w jednostce stały stan lęku i poczucia, że świat jest niebezpieczny i nieuporządkowany (Lawson & Quinn, 2013).

W szkole podstawowej i gimnazjum świat dziecka poszerza się nie tylko o rodzinę, ale także o szkołę, społeczność lokalną i rówieśników. W tym momencie dzieci nadal rozwijają swoje poczucie siebie i innych, a także swój światopogląd. Trauma na tym etapie może zakłócić relacje z rówieśnikami, sukcesy w szkole i poczucie własnej wartości. Jeśli do traumy doszło we wczesnym dzieciństwie, to taka wczesna trauma zaburza zdolność dziecka do nawiązywania relacji interpersonalnych i do ufania rówieśnikom, rodzicom i innym dorosłym. Dodatkowo dziecko może mieć zaburzoną samoocenę, samoregulację, uwagę i tolerancję na frustrację. Dzieci takie są często sztywne w relacjach interpersonalnych, doświadczają deficytów w zakresie krytycznego myślenia i rozwiązywania problemów. Mogą też nie być dziećmi eksplorującymi, ponieważ bardziej zależy im na bezpieczeństwie i ochronie niż na poznawaniu świata. Mogą skłaniać się do pozostawiania blisko swojej bezpiecznej bazy, w przeciwieństwie do „wyruszania w świat” (Lawson & Quinn, 2013). W oczywisty sposób staje się to jeszcze bardziej skomplikowane dla dziecka, którego opiekun jest zarówno źródłem bezpieczeństwa, jak i sprawcą traumy. To właśnie te dzieci, ze złożoną traumą doświadczoną z rąk opiekunów, są bardziej podatne na rozwój zdeorganizowanego stylu przywiązania.

Trauma doświadczona w okresie dorastania może powodować zaburzenia regulacji afektu i zachowania, oceny sytuacji, rozwoju i umiejętności radzenia sobie. Aby poradzić sobie z chroniczną i/lub złożoną traumą, młodzież może odciąć się od rówieśników, odizolować się i zaangażować w nadmierną kontrolę, a także sięgnąć po alkohol i narkotyki, dokonać samookaleczenia i podjąć ryzykowne zachowania seksualne. Jeśli trauma miała miejsce od dzieciństwa, utrzymująca się przewlekła trauma prowadzi do zwiększonego braku poczucia własnego ja i zwiększonej dysocjacji w celu poradzenia sobie (Lawson & Quinn, 2013). Luki w jednym etapie rozwoju mogą skomplikować następny etap rozwoju.

4. Stres związany z wysokim konfliktem między rodzicami.

Trwały i intensywny konflikt między rodzicami, zwłaszcza gdy rodzice wykorzystują dzieci w swoich konfliktach, jest jednym z najbardziej znaczących czynników, które negatywnie wpływają na przystosowanie dzieci po separacji i/lub rozwodzie (Goodman, Bonds, Sandler, & Braver, 2004; Grych, 2005; Kelly & Emery, 2003). Na dzieci często znacząco wpływa oczernianie jednego z rodziców przez drugiego (Buehler et al., 1997; Cummings, Goeke-Morey, & Papp, 2001; Deutsch & Pruett, 2009; Grych, 2005; Grych, Harold, & Miles, 2003)

Nie jest zbadane, jak przewlekły stres, który często obserwujemy w rodzinach, w których istnieje wysoki konflikt między rodzicami, łączy się z objawami złożonej traumy. Objawy złożonej traumy często składają się z objawów powszechnie kojarzonych z PTSD, depresją, niepewnym przywiązaniem i dysocjacją. Symptomy złożonej traumy składają się również z zaburzeń rozwojowych i traumatycznych reakcji stresowych (Kliethermes i in., 2014). Zmiana w systemie rodzinnym, w wyniku separacji lub rozwodu, może spowodować zaprzestanie kontaktów z rodzicem. Nagłe zaprzestanie kontaktu z rodzicem może być przeżywane przez dziecko jako doświadczenie traumatyczne dla dzieci. Jest ono często zaznaczane jako ostre wydarzenie (kontakt zostaje przerwany).

5. Badania przesiewowe i ocena traumy.

Badanie obiektywnych zdarzeń traumatycznych i innych doświadczeń traumatycznych powinno poprzedzać interwencję i leczenie. W wyniku oceny coś zostaje skategoryzowane jako możliwy uraz lub nie. Po badaniach przesiewowych może nastąpić pogłębiona ocena, która obejmuje dokładne przyjrzenie się wydarzeniom i ich skutkom w celu ustalenia, czy rzeczywiście spełniają one kryteria traumy. Badanie przesiewowe każdego członka rodziny pod kątem traumy powinno być przeprowadzone w każdym przypadku, gdy podejrzewa się lub stwierdza problemy w kontaktach rodzic-dziecko.

Jeśli badania wskazują na prawdopodobieństwo wystąpienia zachowań agresywnych u opiekuna lub rodzica (rodziców), należy również rozważyć charakter tych zachowań - czy była to agresja fizyczna, seksualna, ekonomiczna, psychologiczna i/lub przymusowa kontrola. Podczas gdy pierwsze trzy rodzaje agresji mogą być bardziej widoczne i mierzalne, psychologiczne i/lub przymusowe zachowania kontrolne są równie istotne, zwłaszcza jeśli chodzi o skutki długoterminowe. Jeśli badania wskazują na zastraszanie, izolowanie,

oczernianie, kontrolowanie lub podporządkowywanie partnera, co skutkuje strachem, pozbawieniem praw, uwięzieniem i/lub traumą, należy przeprowadzić szczegółową ocenę kontroli przymusowej i jej skutków.

Niektóre z objawów, które mogą być obecne i mogą lub nie być związane z traumatycznym wydarzeniem, obejmują objawy depresyjne lub dysocjacyjne, objawy lękowe, gniew, zaburzenia snu, obawy seksualne, natrętne doświadczenia, przeszłe i obecne zaburzenia psychiczne, nadużywanie substancji i/lub ryzyko samookaleczenia, samobójstwa i przemocy (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2015). Każde wydarzenie może być doświadczane jako traumatyczne przez jednego rodzica lub dziecko. Czasami wydarzenie jest stresujące w sposób, z którym dana osoba może sobie poradzić i wykorzystać go do rozwinięcia nowych umiejętności radzenia sobie, a nawet poczuć się wzmocniona w zarządzaniu stresem. Jednak to samo wydarzenie może być dla innej osoby doświadczane jako bardziej niż stresujące, a w rzeczywistości traumatyczne - w zależności od historii traumy, natychmiastowości (lub braku) interwencji oraz odporności osoby, która doświadcza zdarzenia (Drozd, Saini, & Deutsch, 2018; Saini, Drozd, & Deutsch, 2018). Skutki doświadczenia stresora lub traumy zależą od wielu zmiennych, w tym od tego, czy trauma była ostra, chroniczna czy złożona. Kontekst, w jakim doszło do traumy jest szczególnie ważny do oceny. Kontekst obejmuje częstotliwość, powtarzalność, dotkliwość, kierunkowość, wzór, zamiar, okoliczności i konsekwencje (Austin & Drozd, 2012). Najistotniejszym elementem oceny jest oczywiście wpływ doświadczonych wydarzeń. Czynniki, które należy ustalić to wiek wystąpienia traumy, czy była to jedna trauma, czy kilka oraz rodzaj traumy. Trauma z dzieciństwa, zwłaszcza wielokrotne traumy występujące w wieku, w którym struktury w mózgu wciąż się formują, mogą spowodować, że osoba będzie bardziej podatna na objawy w wieku dorosłym, gdy zostanie narażona na dodatkową traumę (Felitti i in., 2019; Pynoos, 2016).

6. Interwencja – projektowanie pracy

Po przeprowadzeniu badań przesiewowych, a w razie potrzeby oceny traumy, następuje proces planowania interwencji/terapii. Interwencja/terapia powinna być dostosowana do potrzeb rodziny.

Ocena bezpieczeństwa psychologicznego wymaga informacji o aktywnym emocjonalnym wykorzystywaniu drugiego rodzica lub dziecka, w tym: natrętnego psychologicznego rodzicielstwa, które jest szkodliwe, zastraszania, przymusowej kontroli, powtarzających się nieuzasadnionych zarzutów o seksualne, fizyczne lub emocjonalne wykorzystywanie oraz ciężka nieleczona choroba psychiczna lub nadużywanie substancji u rodzica, które skutkuje nieprzewidywalnymi zachowaniami (Fidler & Ward, 2017). Na podstawie oceny bezpieczeństwa należy ustalić, czy interwencja powinna obejmować: (1) całą rodzinę (Fidler, Deutsch, & Polak, 2019; Greenberg, Schnider, & Jackson, 2019; Ward, Deutsch, & Sullivan, 2017); (2) terapię traumy (Drozd, Saini, & Vellucci-Cook, 2019); i/lub (3) terapię rodzicielską (Sullivan, Deutsch, & Ward, 2017), a także kolejność, w jakiej interwencja (interwencje) powinna wystąpić. Czasami te terapie mogą wystąpić jednocześnie, podczas gdy w innych sytuacjach będą występować sekwencyjnie. Jak zauważono, gdy rodzic lub dziecko ma trudności z regulacją emocji i dokładnym przetwarzaniem informacji, leczenie traumy musi poprzedzać interwencję rodzinną.

7. Wnioski z Zadania publicznego „Dziecko w Kryzysie”

Fundacja POMOCOWNIA przeprowadziła pilotażowe badanie powyższej ścieżki postępowania w przypadku zgłaszających się w ramach Zadania „Dziecko w Kryzysie” rodzin (osób dorosłych oraz ich dzieci). Do projektu zakwalifikowano 40 dorosłych osób, przeprowadzono 22 konsultacje diagnostyczne dzieci w wieku 7 – 16 lat. Z uwagi na brak w Polsce testu do Badania przesiewowego traumy u dzieci, użyto narzędzia CDI -2 - testu przeznaczonego do pomiaru objawów depresji u dzieci i młodzieży. Zestaw kwestionariuszy CDI 2 zawiera komplet narzędzi diagnostycznych, które zapewniają wszechstronną ocenę symptomów depresji u dzieci w wieku od 7 do 18 lat.

Wnioski z realizacji:

- na podstawie przeprowadzonych konsultacji diagnostycznych dla dzieci: 1 dziecko w wieku wymagało natychmiastowej interwencji medycznej (zagrożenie zdrowia i życia dziecka – ryzyko próby samobójczej), 1 dziecko zostało skierowane w trybie pilnym na konsultację psychiatryczną, u 5 dzieci stwierdzono występowanie trudności emocjonalnych, w tym u 4 – negatywny nastrój oraz objawy somatyczne, u 3 – niską samoocenę (u 2 dzieci stwierdzono połączenie negatywnego nastroju oraz niskiej samooceny). U 2 dzieci stwierdzono trudności

w funkcjonowaniu w zakresie braku efektywności (osiągnięcia szkolne, brak przyjemności z codziennych zajęć). U pozostałych 13 dzieci nie stwierdzono objawów depresji.

- wszystkie dzieci, które trafiły na badania przesiewowe, były dziećmi doświadczającymi kryzysu w swojej rodzinie, najczęściej był to kryzys okołorozwodowy (20 dzieci). U 6 z tych dzieci, w wywiadzie z rodzicem, pojawiała się narracja związana z występowaniem traumy chronicznej lub ostrej, której dziecko doświadczyło.

- u 1 dziecka skierowanego w trybie pilnym na konsultację psychiatryczną, w wywiadzie wstępnym pojawiła się narracja związana z ostrą traumą.

Przygotowała: Joanna Żewakowska