

O autorze: mgr Joanna Żewakowska - psycholog, biegły sądowy przy Sądzie Okręgowym w Warszawie, psychoterapeutka psychoanalityczna, prezeska Fundacji POMOCOWNIA. Absolwentka Uniwersytetu SWPS w Warszawie oraz Instytutu Analizy Grupowej RASZTÓW. Jej zainteresowania naukowe skupiają się głównie wokół kryzysu okołorozwodowego, przejawów przemocy w sytuacji okołorozwodowej oraz dynamiki oporu/odmowy u dzieci. W ramach Fundacji POMOCOWNIA prowadzi wsparcie dla rodzin w kryzysie, w tym Sądową Terapię Rodzinną oraz Kontakty rodziców z dziećmi na podstawie postanowień sądowych.

Stres u dziecka w kontekście rozwodu rodziców. Skala Indywidualnych Jednostek Stresu i jej zastosowanie w przypadku pracy z dziećmi w sytuacji okołorozwodowej.

Słowa kluczowe: dziecko, rozwód, stres, konflikt

Keywords: child, divorce, stress, conflict

Okoliczności związane z separacją i/lub rozwodem często powodują silny stres dla rodzin. W niniejszym opracowaniu omówiono czynniki, które mogą wzmacniać stres u dzieci w sytuacji rozwodu rodziców. Omówiono również interwencje dotyczące zarówno reakcji na traumę, jak i na wysoki poziom konfliktu okołorozwodowego pomiędzy rodzicami. Po przeprowadzeniu badań przesiewowych, dokładnej diagnozy systemu rodzinnego i oceny sytuacji dziecka, omówiono interwencje związane z wysokim poziomem niepokoju i stresu związanego z ostrym konfliktem okołorozwodowym rodziców dziecka.

STRES DZIECKA A ROZWÓD JEGO RODZICÓW

Stres jest częścią procesu adaptacji rodziny do nowej reorganizacji i struktury rodziny po separacji lub rozwodzie (Minuchin, 1974; Pardeck, 1989). Kiedy rodzice się rozdzielają lub rozwodzą, członkowie rodziny mogą radzić sobie na różne sposoby. Zasoby radzenia sobie każdego z członków rodziny wpływają na innych, zatem system rodzinny reaguje na indywidualne oraz systemowe reakcje i wymiany. Zajęcie się sojuszami w rodzinie z perspektywy systemowej i skupienie się na bezpieczeństwie i rozwiązaniach jest częścią

integracyjnych ram klinicznych niezbędnych do stworzenia zmiany dla tych rodzin (Lebow, 2019).

Poniżej przedstawiono 3 kluczowe obszary, które mogą oddziaływać na dziecko w sytuacji okołorozwodowej, przy czym zaznaczyć należy, że obszary te nie będą występować w przypadku każdego rozwodu rodziców.

1. Stres związany z sytuacją okołorozwodową

Rozwód rodziców był wymieniany w literaturze jako prowadzący do gorszych wyników dzieci w szkole, w funkcjonowaniu emocjonalnym, w funkcjonowaniu behawioralnym i w samoocenie (Amato i Keith, 1991; Guidubaldi, Cleminshaw, Perry, Nastasi i Lighted, 1986; Guidubaldi i Perry, 1985; Hetherington, Cox i Cox, 1978, 1979, 1982; Wallerstein i Kelly, 1980).

Obecne badania często koncentrują się na czynnikach związanych z rozwodem, które narażają dzieci na ryzyko złego funkcjonowania emocjonalnego po rozwodzie. Rozważono szereg czynników, które zwiększają ryzyko gorszego przystosowania psychologicznego dzieci po rozwodzie. Na przykład wiek dziecka (Johnston, Campbell i Mayes, 1985; Kurdek i Siesky, 1980; Wallerstein i Kelly, 1980), płeć dziecka (Block, Block i Gjerde, 1986; Hetherington i in..., 1978, 1979; Zaslów, 1989), poziom konfliktu między rodzicami (Amato i Keith, 1991; Emery, 1982, 1988; Grych i Fincham, 1990; Kitzman i Emery, 1994; Porter i O'Leary, 1980; Stolberg i Bush, 1985), spory dotyczące opieki lub odwiedzin (Johnston, Gonzalez i Campbell, 1987) oraz relacja rodzic-dziecko (Hetherington i in.1), 1976, 1982; Jacobson, 1978; Santrock & Warshak, 1979) są czynnikami powiązanymi z niedostosowaniem psychicznym u dzieci, których rodzice się rozstali. Postawiono hipotezę, że wiek dziecka w momencie rozwodu ma znaczący wpływ na przystosowanie psychologiczne (Sales, Manber i Rohman, 1992). Mówiąc dokładniej, większość literatury badawczej wskazuje, że młodsze dzieci wykazują gorsze przystosowanie (definiowane jako zachowania regresywne) do rozwodu niż dzieci starsze (Hetherington, 1989; Wallerstein & Kelly, 1980). Stwierdzono, że wiek dziecka wpływa na jego reakcję na konflikt pomiędzy rodzicami.

Istnieje znaczna niespójność w literaturze dotyczącej różnic między płciami w psychologicznym przystosowaniu dzieci po rozwodzie. Wiele badań wskazuje, że rozwód ma bardziej negatywny wpływ na chłopców niż na dziewczynki (Block i in., 1986; Guidubaldi, Cleminshaw, Perry i McLoughlin, 1983; Hetherington i in., 1985). W szczególności, chłopcy z rozwiedzionych domów wykazują więcej agresywnych zachowań i problemów interpersonalnych, problemów w domu i w szkole niż dziewczęta. Dane z niektórych badań sugerują, że dziewczęta wykazują nieprzystosowawcze reakcje na rozwód, ale reakcje te są opóźnione (Hetherington i in., 1985; Wallerstein, 1991). Inne badania (Jekielek, 1998) wykazały, że zarówno chłopcy, jak i dziewczęta reagują na rozwód gorszym samopoczuciem emocjonalnym.

Konflikt między rodzicami był wielokrotnie identyfikowany jako znaczący predyktor trudności przystosowawczych u dzieci po rozwodzie (Amato & Keith, 1991; Grych & Fincham, 1990; Guidubaldi et al., 1986; Jacobson, 1978; Johnston et al., 1987). Postawiono hipotezę, że wiele aspektów konfliktu między rodzicami prowadzi do gorszych wyników w funkcjonowaniu poznawczym i emocjonalnym u dzieci rozwiedzionych rodziców. Po pierwsze, stwierdzono, że poziom konfliktu między rodzicami jest związany z rozwojem dziecka. Mówiąc dokładniej, badania wykazały, że wraz ze wzrostem poziomu konfliktu między rodzicami wzrasta liczba trudności emocjonalnych i behawioralnych, które wykazują dzieci (Sales i in., 1992). Odkrycie to rozciąga się na konflikt między rodzicami występujący przed rozpadem małżeństwa, a także konflikt w czasie rozvodu i po nim (Amato, 1993; Jekielek, 1998). Stwierdzono, że czas trwania konfliktu jest związany z emocjonalną i behawioralną reakcją dziecka. Na przykład Johnston i in. (1985) stwierdzili, że wraz ze wzrostem czasu trwania konfliktu rodziców wzrasta ryzyko wystąpienia trudności behawioralnych i psychologicznych u ich dzieci. Istnieją spójne dowody wskazujące, że konflikt między rodzicami jest silniej związany z problemami dzieci niż sam rozwód (Stewart, Copeland, Chester, Malley, & Barenbaum, 1997; Tschann, Johnston, Kline, & Wallerstein, 1990).

2. Stres związany z wysokim poziomem konfliktu pomiędzy rodzicami

Rozwód o wysokim natężeniu konfliktu charakteryzuje się konsekwentnym dążeniem do sporu sądowego, skrajną wrogością i brakiem zaufania między stronami. Może to wynikać z dysfunkcyjnych relacji małżeńskich, zaburzeń zdrowia psychicznego, przeszłości kryminalnej, nadużywania substancji odurzających i/lub zarzutów o przemoc domową lub znęcanie się nad dziećmi. Cechy charakterystyczne rozwodu o wysokim stopniu konfliktu obejmują:

- powtarzające się spory dotyczące praktyk władzy rodzicielskiej,
- groźby fizyczne i faktyczną przemoc.

Zarzuty zdrady lub przypadki, w których jeden z partnerów porzuca małżeństwo, podczas gdy drugi partner jest nadal zakochany, często prowadzą do podwyższonego poziomu wrogości, złości i nieufności. Dynamika związku, zarówno przed, jak i po separacji, a także cechy osobowości i kwestie związane ze zdrowiem psychicznym pary mogą doprowadzić rodzinę do rozwodu charakteryzującego się wysokim poziomem konfliktu.

Bycie przeciwnikami sądowymi często dodatkowo zaostrza konflikt. Partnerzy w rozpadającym się związku doświadczają wrogości, dodatkowo, ich pełnomocnicy mogą pogorszyć sytuację. Chęć obu stron do "wygrania" rozwodu może utrwalac konflikt, spory sądowe i poczucie wrogości. Próbując wzmocnić pozycję swojego klienta, prawnicy często stawiają ekstremalne żądania, aby zwiększyć przewagę negocjacyjną, co tylko eskaluje konflikt. Powtarzające się spory sądowe wyczerpują zasoby finansowe i emocjonalne obu stron. Przyczynia się to do zwiększonego poziomu stresu i niepokoju, które często objawiają się gniewem, agresją i nienawiścią.

Trwały i intensywny konflikt między rodzicami, zwłaszcza gdy rodzice wykorzystują w nim swoje dzieci w swoich, jest jednym z dwóch 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) lub destrukcyjne koalicje, w tym wykorzystywanie dzieci do

przenoszenia wrogich komunikatów, wymaganie od nich zachowania tajemnicy lub wystawianie ich na słowne lub werbalne ataki pomiędzy rodzicami (Cummings i in., 2001). Drugim czynnikiem, który w największym stopniu wpływa na przystosowanie dzieci po separacji lub rozwodzie, jest jakość rodzicielstwa. Zakres, w jakim na jakość rodzicielstwa wpływa konflikt między rodzicami został wykazany (Krishnakumar & Buehler, 2008; Lamela, Figueiredo, Bastos, & Feinberg, 2016; Sandler et al., 2012), ale nie jest jednoznaczny. Choć wydaje się, że wysoki konflikt między rodzicami i gorsza jakość rodzicielstwa są skorelowane, nie jest jasne czy bazowe poziomy jakości rodzicielstwa zmieniają się w obliczu wysokiego konfliktu między rodzicami po separacji. Nie jest również jasne, jak przewlekły stres, który często obserwujemy w rodzinach, w których istnieje trwały, 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. U niektórych dzieci, które opierają się lub odmawiają kontaktu z rodzicem, obserwujemy profil objawowy przewlekłego, wysokiego pobudzenia oraz deficyty w zakresie osądu i umiejętności radzenia sobie. Ocena tego, w jaki sposób przewlekły konflikt między rodzicami wpłynął na dzieci, jest równie ważna jak badania przesiewowe w kierunku traumy, a w razie potrzeby ocena rodzaju traumy (np. wykorzystywanie dzieci, zaniedbanie, narażenie na przemoc).

Rozwód o wysokim stopniu konfliktu to również rozwód, w którym występuje całkowity brak zaufania pomiędzy rodzicami a także relacja rodzicielska naznaczona gniewem, strachem, projekcją winy, odmową współpracy lub komunikacji, zarzutami znęcania się i sabotowaniem relacji rodzic-dziecko.

Rozwojowe, emocjonalne i fizyczne zdrowie dzieci uczestniczących w takich rozwodach jest poważnie zagrożone. Niezdolność stron do rozstrzygnięcia sporów powoduje wysoki poziom niepokoju i defensywności w rodzinie. Ponadto, rozwód z wysokim poziomem konfliktu zmniejsza priorytetowe traktowanie interesu dzieci. W przypadku dzieci zaangażowanych w rozwód o wysokim natężeniu konfliktu, strategie radzenia sobie, dostosowanie, osiągnięcia w

nauce, samoocena, cierpienie psychiczne, depresja, przestępczość, nadużywanie substancji odurzających, mogą wpływać na ich przyszłość długo po rozwiązaniu małżeństwa rodziców.

Rodzice zaangażowani w rozwód o wysokim stopniu konfliktu często nie są wystarczająco stabilni emocjonalnie, aby zapewnić ochronę interesów dzieci podczas całego procesu sądowego. Często oceniają swoje decyzje z pozycji gniewu, zazdrości i egocentryzmu.

3. Stres związany z przemocą, traumą i wcześniejszymi nadużyciami

Przemoc domowa często nasila się po jej ujawnieniu i/lub rozstaniu stron. W związku z tym badanie przesiewowe pod kątem przemocy domowej powinno być dokonywane na różnych etapach postępowania sądowego.

Dzieci, które są świadkami przemocy fizycznej między swoimi rodzicami, powinny być otoczone szczególną troską. Dzieci, które żyją w domach, w których dochodzi do przemocy między rodzicami, są narażone na zwiększone ryzyko, że same staną się ofiarami przemocy fizycznej (Gelles & Straus, 1988).

Szereg zmiennych, w tym płeć (Wolfe, Zak, Wilson i Jaffe, 1986), wiek dziecka (Eth i Pynoos, 1985; Wolfe, Jaffe, Wilson i Zak, 1985) oraz dobrostan emocjonalny matki (Jaffee et al., 1990) zostały zidentyfikowane jako potencjalnie pośredniczące w poważnej pourazowej reakcji dziecka na bycie świadkiem przemocy między rodzicami. Jednakże Kilpatrick i Williams (1997) stwierdzili, że bycie świadkiem przemocy domowej skutkowało poważnym niedostosowaniem emocjonalnym, zwłaszcza zespołem stresu pourazowego (PTSD), niezależnie od wieku, płci czy innych zmiennych.

Opierając się na powyższym przeglądzie literatury, każdy z wymienionych powyżej czynników przyczynia się do przewlekłego niepokoju i stresu u dzieci. Ocena udziału każdego z tych czynników, jak również łącznego wpływu tych czynników (o ile występują), pozwoli zrozumieć emocjonalny niepokój/stres dziecka. Taka ocena może służyć jako jedna z podstaw planowania pracy z dzieckiem.

PRACA Z DZIECKIEM i RODZINĄ

Jak omówiono wyżej, dzieci w sytuacji okołorozwodowej mogą przeżywać nasilony lęk, niepokój, stres, poczucie zagrożenia, mogły być narażone na krzywdzenie, przemoc, traumę, poważne zaniedbanie.

Optymalna interwencja często musi być nakazana przez sąd, skoncentrowana na dziecku i dostosowana do jego rozwoju (Garber, 2015). Każdy z uczestników powinien mieć indywidualnego terapeutę i mieć wspólną, nadrzędną terapię rodzinną. Wszyscy ci terapeuci powinni mieć możliwość komunikowania się ze sobą, tak aby zminimalizować podziały i koordynować postępy, jednocześnie szanując przekonania każdego uczestnika (a zwłaszcza dziecka), po to, by zbudować zaufanie.

Po przeprowadzeniu dokładnej, wstępnej diagnozy rodzinnej, a w razie potrzeby badania przesiewowego pod kątem traumy, konieczna jest ocena kliniczna, która pozwoli na zrozumienie czynników wpływających na charakter i nasilenie stresu u dziecka. Interwencja powinna być indywidualnie dostosowana do potrzeb rodziny. Przede wszystkim specjaliści powinni wziąć pod uwagę fizyczne bezpieczeństwo członków rodziny, w tym zagrożenie porwaniem, uprowadzeniem lub uszkodzeniem ciała. Początkowy nacisk kładzie się na bezpieczeństwo fizyczne, ponieważ bezpieczeństwo emocjonalne i psychologiczne może być pojęciem bardziej względnym, związanym z percepcją każdego członka rodziny. Po zapewnieniu bezpieczeństwa fizycznego, bezpieczeństwo emocjonalne ma kluczowe znaczenie, biorąc pod uwagę, że wpływ emocjonalnego lub psychicznego znęcania się może być dla niektórych ofiar równie głęboki, jeśli nie bardziej głęboki, jak znęcanie się fizyczne.

Ocena bezpieczeństwa psychologicznego wymaga informacji o aktywnym, emocjonalnym wykorzystywaniu dziecka, w tym: intruzywnego rodzicielstwa, zastraszania, przymusowej kontroli, powtarzających się, nieuzasadnionych zarzutów o seksualne, fizyczne lub emocjonalne wykorzystywanie oraz ciężka, nieleczonej chorobie psychicznej lub

nadużywaniu 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) powinny wystąpić. Czasami te oddziaływania mogą wystąpić jednocześnie, podczas gdy w innych sytuacjach będą występować sekwencyjnie. Jak zauważono, gdy rodzic lub dziecko mają trudności z regulacją emocji i dokładnym przetwarzaniem informacji, leczenie traumy musi poprzedzać interwencję rodzinną. Skuteczne leczenie, niezależnie od obecności lub formy stresu lub traumy doświadczanej przez członków rodziny, wymaga bezpiecznego, zorganizowanego lub ustrukturyzowanego środowiska, ze wspierającymi relacjami, skoncentrowanego na możliwościach uczenia się i budowania umiejętności radzenia sobie. Tradycyjna indywidualna terapia dziecka lub rodziców, sama w sobie, nie jest w tych przypadkach pomocna (Walters & Friedlander, 2016).

W większości przypadków praca indywidualna i bezpieczny, ustrukturyzowany kontakt między rodzicem a dzieckiem są najlepsze, gdy występują jednocześnie i są zsynchronizowane. Wstrzymywanie się z kontaktem skutkuje zwiększonym niepokojem oraz sztywno utrzymywanymi, spolaryzowanymi wyobrażeniami i wspomnieniami (Greenberg & Schnider, 2020). Z wyjątkiem przypadków, w których ryzyko dla funkcjonowania dziecka obejmuje samookaleczenie lub znaczną dekompensację funkcjonowania, spotkanie się z odrzuconym rodzicem będzie stresujące, ale nie będzie nie do zniesienia - przy odpowiednim wsparciu.

Systematyczna desensytyzacja jest empirycznie uznana za jeden ze skutecznych sposobów zmniejszania lub rozwiązywania lęków (King, Muris, Ollendick, & Gullone, 2005; Paul, 1969; Wolpe, Brady, Serber, Agras, & Liberman, 1973). Proces ten wymaga, aby osoba przeżywająca lęk, nauczyła się trzech odrębnych umiejętności:

(1) Identyfikacji i wyrażania subiektywnego stopnia lęku. Wolpe (1969) wprowadził Skalę Subiektywnych Jednostek Dystresu (SUDS), za pomocą której dziecko może nauczyć się wyrażać odczuwany niepokój w skali od 1 do 10. DeMoor (1970), spopularyzował tę metodę jako "Termometr Strachu".

(2) Uszeregowanie kroków w kierunku obiektu, który wzbudza lęk od najmniej do najbardziej wywołującego lęk. Wynikiem tego procesu jest hierarchia strachu. W najbardziej elementarnej formie uczestnik jest proszony o zdekonstruowanie kroków prowadzących do ostatecznego celu, jakim jest wyeliminowanie strachu w obecności obiektu, którego się obawia, i przypisanie każdemu z nich subiektywnej oceny lęku.

(3) Nabycie i wykorzystywanie umiejętności relaksacyjnych. Kluczowe znaczenie dla systematycznej desensytyzacji ma wyćwiczone przez uczestnika kojarzenie poznanych technik relaksacyjnych z ekspozycją w celu zminimalizowania lęku.

W ramach niniejszego opracowania zaproponowano Narzędzie związane z krokiem pierwszym, tj. identyfikacją oraz wyrażaniem subiektywnego stopnia lęku dzięki Skali Indywidualnych Jednostek Stresu.

Narzędzie to można stosować podczas pracy indywidualnej oraz pracy w diadzie rodzic – dziecko jako jedna z pierwszych kwestii do omówienia podczas sesji lub spotkania. Skala ta po pierwsze, pomaga ustalić poziom niepokoju u dziecka, po drugie, przeprowadzana podczas każdego spotkania/sesji, może pomóc w ustaleniu progresu lub regresu związanego z radzeniem sobie z niepokojem i stresem. Skala może być również odpowiednia do zastosowania w sytuacjach, w których obserwujemy wycofanie się dziecka podczas sesji terapeutycznej. Przeprowadzona w bezpiecznych dla dziecka warunkach (indywidualnie ze specjalistą) może pomóc w nazwaniu i identyfikacji trudnych momentów w terapii.

Skala Indywidualnych Jednostek Stresu

Proszę, żebyś popatrzył/a na ten rysunek:



Rysunek przedstawia skalę z jednostkami od 0 do 10.

Każdej jednostce na skali odpowiada inny kolor oraz inny wyraz „buźki”.

Ta skala pomoże nam ustalić, jak czujesz się w tej chwili.

Wartość 0 oznacza, że jesteś zrelaksowany. Zwykle, kiedy ludzie mówią, że czują się na „0”, czują się bezpiecznie, bardzo spokojnie, czują, że rozumieją i kontrolują siebie i to, co się dzieje dookoła.

Wartość 10 oznacza, że jesteś bardzo zdenerwowany, najbardziej, jak tylko sobie możesz wyobrazić. Zwykle, gdy ludzie mówią, że czują się na „10”, mogą doświadczać silnych reakcji fizycznych takich jak np. spocone dłonie, zawroty głowy, trudności w oddychaniu, nie mogą myśleć i koncentrować się na rozmowie.

Na skali są również wartości pomiędzy „0” i „10” – przeczytam Ci je wszystkie teraz:

- 0 – relaks
- 1 – spokój
- 2 – umiarkowany spokój
- 3 – czujność
- 4 – niewielki niepokój

- 5 – średni niepokój
- 6 – duży niepokój, stres
- 7 – duży stres, czuję pojedyncze objawy stresu
- 8 – silny stres, czuję wiele objawów stresu
- 9 – bardzo silny stres, czuję wiele objawów stresu, nie mogę się skoncentrować
- 10 – najwyższy poziom stresu, czuję, że straciłem nad sobą kontrolę



Używając tej skali, jaki numer dałbyś/dałabyś sobie w tym momencie?

Czy umiesz opisać, co teraz przeżywasz?

Czy pamiętasz, czy kiedykolwiek czułeś się na poziomie 7 lub wyżej?

Czy możesz opisać tę sytuację?

Czy pamiętasz, co pomogło/pomagało Ci obniżyć stres z poziomu 7, 8, 9 lub 10 na niższy?

Bibliografia

- Barber, B. K., Bean, R. L., & Erickson, L. D. (2002). Expanding the study and understanding of psychological control. In B. K. Barber (Ed.), *Intrusive parenting: How psychological control affects children and adolescents* (pp. 263–289). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10422-009>
- Bernstein, R. E. (2014). Treating Complex Traumatic Stress Disorders in Children and Adolescents: Scientific Foundations and Therapeutic Models, edited by J. D. Ford and C. A. Courtois. *Journal of Trauma & Dissociation*, 15(5), 607–610.
<https://doi.org/10.1080/15299732.2014.924172>
- Boszormenyi - Nagy, I., Spark, G. M. (1973). *Invisible Loyalties: Reciprocity in Intergenerational Family Therapy*. Harper & Row. <https://doi.org/10.1093/sw/21.1.80>
- Chase, N. D. (Ed.). (1999). *Burdened children: Theory, research, and treatment of parentification*. Sage. <https://doi.org/10.4135/9781452220604>
- Clawar, S. S., & Rivlin, B. V. (1991). *Children held hostage: Dealing with programmed and brainwashed children*. American Bar Association Press. <https://doi.org/10.1037/032273>
- Dalton, C. (2005). WHEN PARADIGMS COLLIDE. *Family Court Review*, 37(3), 273–296.
<https://doi.org/10.1111/j.174-1617.1999.tb01306.x>
- Deutsch, R., Drozd, L., Ajoku, C. (2020). Trauma - Informed Interventions in Parent – Child Contact Cases. *Family Court Review*, 58(2), 470–487. Portico.
<https://doi.org/10.1111/fcre.12483>
- Drozd, L., Olesen, N. (2004). *Is it abuse, alienation, and/or estrangement?* *Journal of Child Custody*, 1(3), 65-106. https://doi.org/10.1300/j190v01n03_05

- Drozd, L., Saini, M. A., Vellucci-Cook, K. (2019). Trauma and Child Custody Disputes. Evidence - Informed Interventions for Court-Involved Families, 260–281.
<https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190693237.003.0010>
- Fidler, B. J., Ward, P. (2016). Clinical Decision-Making in Parent – Child Contact Problem Cases. *Overcoming Parent - Child Contact Problems*, 13–62.
<https://doi.org/10.1093/med:psych/9780190235208.003.0002>
- Friedlander, S., & Walters, M. G. (2010). WHEN A CHILD REJECTS A PARENT: TAILORING THE INTERVENTION TO FIT THE PROBLEM. *Family Court Review*, 48(1), 98–111. <https://doi.org/10.1111/j.1744-1617.2009.01291.x>
- Garber, B. D. (2014). The Chameleon Child: Children as Actors in the High Conflict Divorce Drama. *Journal of Child Custody*, 11(1), 25–40.
<https://doi.org/10.1080/15379418.2014.892805>
- Garber, B. D. (2015). Cognitive-Behavioral Methods in High-Conflict Divorce: Systematic Desensitization Adapted to Parent-Child Reunification Interventions. *Family Court Review*, 53(1), 96–112. <https://doi.org/10.1111/fcre.12133>
- Harne, L. (2011). *Violent fathering and the risks to children: The need for change*. Policy Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctt9qgsx4>
- Johnston, J. R., Sullivan, M. J. (2020). Parental Alienation: In Search of Common Ground For a More Differentiated Theory. *Family Court Review*, 58(2), 270–292. Portico.
<https://doi.org/10.1111/fcre.12472>
- Judge, A. M., & Deutsch, R. M. (Eds.). (2017). *Overcoming Parent-Child Contact Problems*. Oxford Clinical Psychology. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780190235208.001.0001>
- Kelly, J. B., Johnston, J. R. (2005). THE ALIENATED CHILD: A Reformulation of Parental Alienation Syndrome. *Family Court Review*, 39(3), 249–266. <https://doi.org/10.1111/j.174-1617.2001.tb00609.x>
- Lamela, D., Figueiredo, B., Bastos, A., & Feinberg, M. (2016). Typologies of post-divorce coparenting and parental wellbeing, parenting quality and children’s psychological adjustment. *Child Psychiatry & Human Development*, 47(5), 716–728. <https://doi.org/10.1007/s10578-015-0604-5>

Lawson, D. M., & Quinn, J. (2013). Complex Trauma in Children and Adolescents: Evidence-Based Practice in Clinical Settings. *Journal of Clinical Psychology, 69*(5), 497–509.

<https://doi.org/10.1002/jclp.21990>

Neustein, A., & Leshner, M. (2005). *From Madness to Mutiny: Why Mothers are Running from the Family Courts--and what Can be Done about it*. UPNE. <https://doi.org/10.5772/29244>

Sullivan, M. J., Deutsch, R. M., & Ward, P. (2017). Coparenting, parenting, and child-focused family interventions. In A. M. Judge & R. M. Deutsch (Eds.), *Overcoming parent-child contact problems: Family-based interventions for resistance, rejection, and alienation* (pp. 222–242). Oxford University Press.

<https://doi.org/10.1093/med:psych/9780190235208.003.0011>

Van der Kolk, B. A. (1989). The Compulsion to Repeat the Trauma. *Psychiatric Clinics of North America, 12*(2), 389–411. [https://doi.org/10.1016/s0193-953x\(18\)30439-8](https://doi.org/10.1016/s0193-953x(18)30439-8)

Wolfe, D. A., Crooks, C. V., Lee, V., McIntyre-Smith, A., & Jaffe, P. G. (2003). The effects of children's exposure to domestic violence: A meta-analysis and critique. *Clinical child and family psychology review, 6*, 171-187. <https://doi.org/10.1023/A:1024910416164>