

Maciej Paluch

Akademia Humanitas w Dąbrowie Górniczej
paluch-maciej@o2.pl; <https://orcid.org/0009-0001-5986-2022>

Doświadczenia urazowe dzieci a ich funkcjonowanie psychospołeczne – analiza przeglądu badań

Abstrakt: Doznania urazowe, traumatyczne są zdarzeniami, które mogą wpływać na zmianę funkcjonowania psychospołecznego dziecka. Szerokie spektrum doznań traumatycznych dotyczy nie tylko zjawisk dotyczących katastrof, wypadków i nagłych zdarzeń, w których mogą uczestniczyć dzieci, lecz również, jak wskazuje wielu autorów, doznaniem traumatyzującym dla dziecka są takie zjawiska jak opuszczenie emocjonalne, zaniedbanie, odrzucenie, przemoc fizyczna, seksualna, emocjonalna czy gwałt. Wiele objawów, związanych nie tylko z PTSD czy DESNOS, ale również z zaburzeniami psychicznymi i emocjonalnymi z zakresu depresji, nerwic, zaburzeń lękowych, koszmarów nocnych i innych u dzieci jest wyraźnie powiązanych z ich doświadczeniami traumatycznymi. Badania pokazują, że doświadczanie zdarzeń traumatyzujących w dzieciństwie ma również swoje skutki w dorosłym życiu jak np. w przypadku odległych skutków CSA.

Słowa kluczowe: doznania traumatyczne, urazowe, trauma interpersonalna, odrzucenie emocjonalne, zaniedbanie, uszkodzenie, przemoc fizyczna, przemoc psychiczna, przemoc seksualna, relacje z rodzicami, rozwój psychiczny i społeczny dziecka, stres, reakcja na stres, PTSD, DESNOS, CSA, zaburzenia psychiczne u dzieci, wpływ doznań traumatycznych.

Wstęp

Celem artykułu jest przegląd badań dotyczących wpływu doświadczeń traumatycznych na funkcjonowanie psychospołeczne dziecka. Dokonano przeglądu czasopism: „Przegląd Psychologiczny”, „Alkoholizm i Narkomania”, „Dziecko Krzywdzone”, „Psychoterapia”, „Auxilium Sociale” opublikowanych po roku 2000. Dokonano również przeglądu literatury z zakresu psychologii wychowawczej.

Zjawiska traumatyczne lub doznania traumatyczne doczekały się w literaturze przedmiotu wielu opracowań. Jednak nadal nie ma jednoznacznej definicji, która precyzyjnie opisywałaby zjawisko traumy. Przyjmuje się, że zdarzenia traumatyczne to inaczej ekstremalnie stresujące zdarzenia, które są związane ze śmiercią lub zagrożeniem życia, bądź poważnym zranieniem, zagrożeniem fizycznej integralności własnej czy też innych ludzi. Ważnym aspektem zdarzeń traumatycznych jest istnienie emocjonalnych aspektów, takich jak przeżywanie intensywnego strachu, przerażenia czy poczucia bezradności, bezsilności (Dragan, Gulcz, Wójtowicz, 2005, s. 418; Widera-Wysoczańska, 2001, s. 296; Syrek, 2004, s. 31). Jednak badacze wskazują na szersze spektrum definiowania problemu doznań urazowych, w literaturze nazywanych również doświadczaniem traumy lub traumą. Takie zdarzenia w sytuacji rodzicielstwa jak opuszczenie przez rodzica, zaniedbywanie emocjonalne, przemoc psychologiczna, seksualna, fizyczna lub też obserwowanie przez dziecko przemocy są traktowane jako doświadczenia urazowe (Syrek, 2004, s. 31; Widera-Wysoczańska, 2005, s. 296). Doświadczanie zdarzeń krytycznych w życiu człowieka we wczesnych etapach rozwoju w literaturze przedmiotu określane jest także jako trauma rozwojowa (Klecka, Palicka, 2018, s. 28). Oznacza to, że w przypadku negatywnych zachowań i destrukcyjnego postępowania ze strony rodziców bądź opiekunów dochodzi do ciągu zdarzeń, a nie tylko do jednej, nagłej sytuacji traumatyzującej. Co więcej, badania wskazują, że traumatyzujące sytuacje o charakterze przewlekłym we wczesnym dzieciństwie mają dużo większy wpływ na późniejsze funkcjonowanie psychospołeczne niż jednorazowe doświadczanie sytuacji kryzysowych (Tyra, 2000, s. 323). M. Rzeszutek i K. Schier wskazują na wczesnodziecięce właściwości relacji dziecka z rodzicem, opiekunem (w postaci niedostępności emocjonalnej, wybiórczość i niekonsekwencja w relacjach, czy emocjonalne uwikłanie dziecka), które również mogą być traumatyzujące (Rzeszutek, Schier, 2008, s. 6). Cechą charakterystyczną tego typu sytuacji jest ich przewlekły charakter oraz elementarność w kwestii realizacji potrzeb i obszarów rozwojowych dziecka, takich jak rozwój emocji, rozumienie emocji, kontrola emocji i uczuć, odniesienia emocjonalne do postaci ważnych, np. rodziców, adekwatność tych emocji, umiejętność nawiązania i utrzymania kontaktu i relacji itp. Zdaniem E. Jarosz (2003, s. 28) z powodów danych epidemiologicznych nie można traktować jedynie pojedynczego zdarzenia jak katastrofa, wypadek, nagła śmierć bliskiej osoby

jako jedyne go zdarzenia traumatycznego. Należy rozszerzyć pojęcie doznania traumy również na zjawisko krzywdzenia dzieci w bardzo zróżnicowanej postaci, np.: fizycznej, emocjonalnej, seksualnej, psychicznej i zaniedbywania a także obserwowanie przemocy między rodzicami (Jarosz, 2003, s. 27). Nadal w literaturze psychologicznej niewiele jest publikacji, które podejmują problematykę zaburzenia funkcjonowania dziecka po traumie. Jak wskazuje M. Perkowska epidemiologicznie doświadczanie traumy dotyczy 80% populacji na świecie (Perkowska, 2020). Choć jak wskazuje M. Popielarska (2000, s. 125) pojawia się coraz więcej opracowań związanych chociażby z problemem dziecka maltretowanego (zdaniem badaczki wiąże się to z dużym zainteresowaniem badaczy problemami rodzinnymi), to nadal w badaniach psychologicznych dotyczących traumy oraz wynikającego z niej stresu dominują obszary związane z typem stresu chronicznego niż postacią stresu ostrego (Koniarnek, Dudek, Szymczak, 2000, s. 206).

Traumatyzujące doświadczenia w dzieciństwie są współcześnie znaczącym problemem. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), obecnie przemoc jest jednym z głównych problemów zdrowotnych w perspektywie światowej (Jarosz, 2003, s. 27). Na konieczność rozszerzenia pojęcia „traumy” wskazuje W. Kozioł stwierdzając, że może to być jednorazowe ale także powtarzające się przerażające doświadczenie w postaci bólu, przemocy, upokorzenia czy seksualnego nadużycia (Kozioł, 2003, s. 127).

Istotnym i wyraźnym objawem zmian w badaniach nad wpływem traumy na funkcjonowanie psychospołeczne dzieci i młodzieży jest podejmowanie badań w zakresie istniejących już zespołów pourazowych jak PTSD czy CSA. Zdaniem B. Błaż-Kapusty badania nad stresem pourazowym wykazały, że kryteria diagnostyczne ujęte w klasyfikacjach nie wystarczają do opisu całego spektrum problemów psychologicznych osób i dzieci, które doświadczyły wielokrotnej i długotrwałej traumy (Błaż-Kapusta, 2007, s. 43). Dlatego też zdaniem badaczki konieczne jest wprowadzenie koncepcji DESNOS, która jest opisem kryteriów złożonego zespołu stresu pourazowego. Również w kwestii nadużyć i przemocy seksualnego wobec dzieci badacze proponują zwiększenie analizy wpływu zachowań niepożądanych seksualnych (CSA – Child Sexual Abuse) i rozróżnienie na przemoc seksualną ze strony osób dorosłych oraz kazirodztwo. Poszerzenie spektrum badawczego i objęcie nim również zachowań kazirodczych może wyjaśnić wiele dysfunkcyjnych zachowań dzieci w wyniku powyższych form działań (Widera-Wysoczańska, 2005, s. 230). Zdaniem H. Sęk konsekwencje traumy są tym większe: a) im bardziej uszkadzające jest doświadczenie, b) im więcej sfer życia ono dotyczy, c) w jakim stopniu ogranicza działania podmiotu czyli doświadczenie bezradności i bezsilności (Sęk, 2001, s. 253).

W obszarze psychologii wychowawczej, i w pozostałych obszarach badań psychologicznych, podkreśla się elementarne znaczenie rodziny dla rozwoju dziecka. Zdaniem T. L. Tyra (2000) rodzice oraz rodzina są pierwszymi i najważniejszymi postaciami w życiu dzieci. Oni konstruują obszary, na których rozwija się tożsamość, eksploracja świata i poznanie samych siebie. Również w kwestii rozwoju

poznawczego oraz intelektualnego rodzice są pierwszym i najbardziej wpływowym układem odniesienia w zakresie sądów, opinii, wniosków o otaczającym świecie. Jako najważniejsze postaci są również przedmiotem naśladownictwa oraz identyfikacji (Tyra, 2000, s. 323). Zdaniem M. Porębskiej (1991) rodzice pełnią decydującą rolę w obszarze rozwoju emocjonalnego, a także w kwestii rozwoju osobowości dziecka. Wskazując na rolę rodziców i rodziny w aspekcie rozwoju emocjonalnego dziecka badaczka stwierdza, że istnienie lub brak odpowiedniego zaspokojenia potrzeb dziecka jest widoczne bardzo wcześnie w formie jego zachowań. Na kształtowanie się prawidłowości w zachowaniu się dziecka w wyniku prawidłowej lub braku prawidłowej opieki nad dzieckiem wskazują badania. Już u sześciomiesięcznych dzieci, które są wychowywane w środowisku domowym, rodzinnym aktywność ruchowa jest ukierunkowana na cel, czyli sięganie po przedmioty, manipulację nimi. Natomiast czynności nieukierunkowane zajmują 26,1% całej aktywności dziecka. Odwrotne proporcje można zaobserwować u dzieci, które pozostają pod opieką instytucjonalną, u których aktywność nieukierunkowana, czyli stereotypowe ruchy rąk i nóg, ruchy ciała, głowy, bierne obserwowanie swoich rąk, zajmuje 64,4% całej aktywności, a jedynie 23,5% to aktywność ukierunkowana celowo (Przetacznikowa, 1976, s. 47). Wszystkie elementarne obszary rozwoju dziecka znajdują swój początek w rodzinie. Odnosi się to zarówno do wcześniej wymienionej perspektywy emocjonalnego i motorycznego rozwoju dziecka, jak i wszystkich potrzeb biologicznych, psychicznych, społecznych (Przetacznik-Gierowska, Makiełło-Jarża, 1992; Bryant, Coleman, 1997; Birch, Malim, 1998). Dlatego w wyniku różnorodnych zaburzeń w funkcjonowaniu rodziny (rozwód, śmierć członka rodziny, choroba, przemoc w rodzinie, dysfunkcyjny styl wychowania, itp.) dzieci są szczególnie narażone na przeżywanie trudności (Greenstone, Leviton, 2004, s. 105). Zdaniem badaczy, rodziny, w których dochodzi do zdarzeń traumatycznych w postaci przemocy seksualnej narażone są na izolację społeczną rodziców lub dziecka, nieobecność jednego z rodziców, zaniedbywanie dziecka, parentyfikację, bezsilność jednego z rodziców, dystans pomiędzy matką a dzieckiem, choroby somatyczne lub psychosomatyczne, brak więzi uczuciowych (Widera-Wysoczańska, 2005, s. 295). Również badania prowadzone w zakresie znaczenia sytuacji trudnych i ich wpływu na funkcjonowanie poznawcze i decyzyjne pokazały zwiększenie popełniania błędów podczas wykonywania zadań przez dzieci (Jankowska, 1992, s. 133).

Metodologia badań własnych

Celem badań jest analiza pojęć dotyczących doświadczeń urazowych (traumatycznych) i rozwoju psychospołecznego dziecka oraz próba wykazania związku pomiędzy badanymi obszarami. Badania opierają się na metodzie analizy tematycznej, która dotyczyła obszarów zagadnień z zakresu doświadczeń urazowych, trauma-

tycznych oraz funkcjonowania psychospołecznego dzieci. Zagadnienia te podlegały weryfikacji oraz analizie pod względem ilościowym (częstotliwość występowania w populacji badanej) a także jakościowym (zawartość treści o określonym znaczeniu w obszarze tematu badań). Podjęto również próbę wskazania zależności, związku pomiędzy doświadczeniami urazowymi, które powstawały w okresie dzieciństwa z takimi aspektami funkcjonowania psychospołecznego dzieci jak zachowania adaptacyjne, poczucie efektywności działania, radzenie sobie w sytuacjach stresowych, trudnych czy powstawanie zaburzeń psychicznych. Dokonano przeglądu piśmiennictwa i czasopism („Przegląd Psychologiczny”, „Alkoholizm i Narkomania”, „Dziecko Krzywdzone”, „Psychoterapia”, „Auxilium Sociale”) w formie papierowej opublikowanych po 2000 roku. Dokonano przeglądu literatury z zakresu psychologii wychowawczej. Kryteria wyszukiwania i doboru źródeł oparto na piśmiennictwie dotyczących zagadnień i pojęć, takich jak: trauma, doświadczenia urazowe, rozwój dziecka, proces wychowania, funkcjonowanie psychospołeczne, zaburzenia funkcjonowania i rozwoju dziecka.

Doświadczenia traumatyczne (urazowe) w świetle badań literaturowych

Zdaniem E. Galińskiej doświadczenie traumatyczne, szczególnie te z okresu dzieciństwa, mają istotne znaczenie dla dalszego rozwoju dziecka. Hamują one przeżycia z powodu bezsilności, bezradności wobec konfrontacji ze sprawcą traumy (Galińska, 2003). Zahamowana zostaje spontaniczność reagowania, która według Moreno jest warunkiem zdrowia psychicznego i kreatywności jednostki. Badania dotyczące zachowań przemocowych, które są traumatyzujące wskazują, że aż 31% uczniów doznało w ostatnim czasie przemocy ze strony rówieśników lub w szkole. Już w 2010 roku z Internetu korzystało 96% chłopców i 97% dziewcząt, przeciętnie przeznaczając na ten cel 2,5 godziny dziennie, z czego ok. 20% z nich było ofiarami cyberprzemocy (Bassam, 2010, s. 34). To poszerzenie się obszarów, w których może dochodzić do przemocy oraz doświadczeń traumatycznych pokazuje, że współczesne badania muszą objąć coraz nowsze obszary funkcjonowania dzieci i młodzieży. Także zachowania przemocowe wobec kobiet, które były przedmiotem badań w wielu krajach, wskazują, że od 10% do 50% kobiet było ofiarami przemocy. Zachowania przemocowe również wpisują się w zakres doznań urazowych u dzieci (Galińska, 2003). Interesującą badawczo przestrzenią jest wpływ traumy i doświadczeń urazowych na mechanizmy obronne występujące w trakcie zeznań i wyjaśnień osób małoletnich. Wyniki badań wskazują na występowanie mechanizmów obronnych u około 80% badanych dzieci – ofiar przemocy seksualnej, czyli dzieci doznających traumy (Budzyńska, 2010, s. 10). Badania te wymagają poszerzenia i doprecyzowania w zakresie wpływu traumy na funkcjonowanie dziecka w aspektach psychospołecznych jakimi są wyjaśnienia małoletnich.

Oczywiście istnieją czynniki ochronne w zakresie percepcji doświadczeń urazowych. Jednak jak wskazują R.K. James i B.E. Gilliland (2006, s. 184), rezydualne skutki wydarzeń traumatycznych mogą występować nawet u najlepiej zintegrowanych osób o znakomitych umiejętnościach radzenia sobie z problemami, racjonalnych i poznawczych wzorcach zachowań oraz pozytywnym systemie wsparcia społecznego. Oznacza to, że nawet u dzieci, które funkcjonują na co dzień w prawidłowych relacjach wychowawczych i rodzinnych, mających stabilne postawy emocjonalne oraz wsparcie rodziców bądź opiekunów mogą wystąpić różnorodne dysfunkcje w wyniku doświadczania zdarzeń urazowych. Zdaniem A. Popiel ma to ogromne znaczenie, gdyż jak wskazują badania B. Zawadzkiego około 10% osób, które doświadczyły traumatycznego wydarzenia, wykazuje specyficzne dolegliwości psychiczne. Należy jednak zaznaczyć, że dane te dotyczą zdarzenia traumatycznego w zakresie wypadków komunikacyjnych lub katastrof naturalnych, a wskaźnik ten jest o wiele wyższy w sytuacji traumy o charakterze interpersonalnym i dotyczy 50–60% osób, które jej doświadczyły (Popiel, 2015; Popiel, Zawadzki, 2021, s. 46). Są to bardzo istotne informacje, gdyż to właśnie dzieci i młodzież są narażone na doznania urazowe o charakterze interpersonalnym, jak chociażby doświadczanie przemocy fizycznej, seksualnej, psychicznej, emocjonalnego odtrącania czy porzucania. M. Lis-Turlejska (2020) wskazuje, że to właśnie doznania urazowe o charakterze interpersonalnym niosą za sobą największe konsekwencje dla psychiki człowieka. Dlatego też jak wskazuje R. Tomalski traumatyczne doświadczenie o charakterze interpersonalnym w postaci nadużycia seksualnego w dzieciństwie (CSA) niesie za sobą duże ryzyko zaburzeń psychicznych m.in. w postaci zaburzeń jedzenia. Przegląd badań wskazuje, że wyniki zależą od przyjętych kryteriów. W zależności od zastosowanych kryteriów – wąskich czy szerokich, dane badawcze wskazują, że występowanie CSA u pacjentek z bulimią waha się od 7 do nawet 69% (Tomalski, 2007, s. 17). Pomimo tak wielkich rozbieżności w wynikach badań i ich znacznej krytyki, zwrócono uwagę na znaczenie traumy i jej rodzajów oraz jej różnych skutków. Zróżnicowanie doświadczanej traumy widać na przykładzie badań R.D. Grave, który wskazał na występowanie zaburzeń odżywiania i korelacji z określoną formą traumy. Również badania C.M. Grilo i R.M. Masheb'a wskazały, że wśród 145 pacjentów z zespołem gwałtownego objadania się występowała trauma w dzieciństwie. Zdaniem badaczy u osób z takimi zaburzeniami psychicznymi w sposób bardzo widoczny wpływ traumy miał znaczenie na występowanie poszczególnych, współwystępujących zaburzeń, takich jak objawy depresyjne, zaburzenia lękowe, niższa samoocena oraz niezadowolenie z własnego ciała (Tomalski, 2007, s. 19). Autorzy powyższego badania wskazują także na występowanie korelacji traumy nie tylko z zaburzeniami jedzenia ale również z występującymi w dorosłości zaburzeniami osobowości.

Zdaniem R. Tomalskiego (2007, s. 28) nie ma wątpliwości, że istnieje związek pomiędzy przeżytą traumą, doświadczeniami urazowymi w dzieciństwie

a zaburzeniami jedzenia. Jednak korelacja ta i jej charakter wymaga pogłębionych badań, które powinny wykazać specyfikę i sposób oddziaływania poszczególnych rodzajów traumy na powstawanie zróżnicowanych zaburzeń odżywiania. Trauma nie powoduje jedynie wyżej określonych zaburzeń. Jak podkreślają D. Łada i M. Gulcz badania przeprowadzone przez Kraków i wsp. dotyczące występowania koszmarów sennych dowodzą dość znaczącej roli traumy w ich powstawaniu. Wśród badanych, którzy zgłaszali występowanie koszmarów sennych 68% przeżyło doświadczenie urazowe, 80% leczyło się wcześniej psychiatrycznie lub korzystało z pomocy psychologa, a 40% doświadczyło molestowania w dzieciństwie (Łada, Gulcz, 2003, s. 57). Oznacza to, że rola traumy i doświadczeń urazowych nie jest liniowa i może być składową zbioru przyczyn wpływających na rozwój wielorakich zaburzeń czy dysfunkcji psychicznych. Oczywiście doświadczenie traumy czy innych trudnych doświadczeń nie jest jedyną przyczyną odpowiedzialną za rozwój zaburzeń. Istotne znaczenie w kwestii pojawienia się zaburzeń psychicznych lub dysfunkcyjnego zachowania mają własności psychiczne danej osoby i jej poziom rozwojowy (Hajdo, 2007, s. 79). Jest to istotne w zakresie budowania odporności na stres i przeżycia trudne, traumatyczne, gdyż jak stwierdza E. Syrek zdrowie psychiczne jest uwarunkowane rozwojowo i stanowi proces budowania zintegrowanej osobowości jednostki, która będzie zdolna w przyszłości do podejmowania zadań, celów, rozwiązywania problemów, radzenia sobie ze stresem i czerpania satysfakcji z życia (Syrek, 2004, s. 31). Ma to znaczenie w zakresie realizacji odpowiednich stylów wychowania, opieki i socjalizacji, które, jeśli będą dysfunkcyjne, mogą wywoływać nieprawidłowości rozwojowe w zakresie funkcjonowania osoby w życiu dorosłym. Dlatego wielu autorów akcentuje znaczenie traumy i jej doświadczania w okresie wczesnodziecięcym wobec rozwoju wieku chorób somatycznych, jak chociażby w zakresie rozwoju nowotworów (Syrek, 2004, s. 34). Doświadczenia urazowe nie funkcjonują w próżni, na co wskazuje A. Widera-Wysoczańska. Rodziny, w których dochodzi do przemocy seksualnej i zdarzeń traumatycznych charakteryzują się społeczną izolacją rodziców lub dziecka, nieobecnością jednego z rodziców, zaniedbywaniem dziecka czy innymi dysfunkcyjnymi relacjami (Widera-Wysoczańska, 2005, s. 295). Co więcej, jak wskazują L.L. Greenstone i S.C. Leviton (2004) dzieci w wieku od pierwszego do piątego roku życia są szczególnie narażone na zaburzenia rozwoju ze względu na doświadczenia urazowe, gdyż nie posiadają jeszcze zdolności werbalnych ani konceptualnych, które pozwalałyby na radzenie sobie ze stresem lub sytuacjami trudnymi. Ten okres rozwojowy, który jest podatny na wpływ traumy również potwierdzają M. Klecka i I. Pawlicka (2018, s. 28) Dlatego też zbieżność wielu czynników związanych z rozwojem dziecka oraz sytuacją i specyfiką funkcjonowania rodziny oraz jej wpływu na poszczególnych członków powinna być rozpatrywana holistycznie w zakresie wpływu doznań urazowych na dziecko.

Wpływ doświadczeń urazowych na funkcjonowanie dziecka posiada szeroki wachlarz objawów. Może ona zdaniem M. Perkowskiej wywołać zaburzenia

związane z samodzielnością dziecka, jakością relacji społecznych czy radzenia sobie z emocjami. Dzieci doświadczające traumy mogą wytworzyć nieprawidłowe formy przywiązania oraz nieadekwatne formy reakcji na sytuacje trudne (Perkowska, 2025). Wpływ traumy u dzieci w takich przypadkach uwidacznia się w sposobie reagowania na sytuacje trudne oraz w strategiach dotyczących reakcji na stres. Jak podkreśla M. Perkowska doświadczenia urazowe, które zdarzyły się w dzieciństwie mogą negatywnie wpłynąć na stan zdrowia w przyszłości, w dorosłym życiu. Badania dotyczące skutków traumy oraz długości okresu ich doświadczania, prowadzone z dziećmi po przeżyciu różnych katastroficznych zdarzeń, wskazują na wyraźne utrzymywanie się objawów po doznaniach. Badania cytowane przez J. Mesterhazę wskazują, że u dzieci, które przeżyły doświadczenia urazowe w postaci uprowadzenia autobusu wykazywały objawy traumy jeszcze przez cztery lata. 50% uciekinierów-dzieci z Kambodży wykazywało psychologiczne objawy traumy również przez cztery lata. U 26% dzieci, które doświadczyły wypadku nuklearnego w Three Miles Island stwierdzano zmiany osobowości półtora roku później, a psychologiczne objawy stresu utrzymywały się jeszcze przez pięć lat (Mesterhazy, 2002, s. 22). Badania dzieci, które były świadkami katastrof lub brały w nich bezpośredni udział wskazują na problem dotyczący skuteczności i specyfiki pomiaru skutków i wpływu traumy na ich funkcjonowanie psychospołeczne. Nie tylko problemy metodologiczne są tu przeszkodą, gdyż nie ma idealnego narzędzia pomiarowego, które dokładnie by badało te zmienne. Precyzyjne badanie mogą utrudniać etapy rozwojowe dzieci, dynamika zmian psychicznych w różnych okresach wzrastania oraz specyficzne zaburzenia, jak np. ADHD. Problem swoistości wpływu traumy na funkcjonowanie dziecka podejmowało kilku badaczy. L. Terr wskazuje na specyficzne cechy wpływu traumy na zachowanie się dziecka. Są to m.in.: bardzo wyraźne i powtarzające się wspomnienia, powtarzające się zachowania, lęki charakterystyczne dla traumy, zmienione postawy wobec życia, ludzi i przyszłości (Mesterhazy, 2002, s. 23). Dzieci, które były ofiarami katastrof powodzi w Kotlinie Kłodzkiej wykazywały symptomy traumy przez długi czas. Istotne jest również to, że symptomy te były specyficzne, czyli zależne od rodzaju przeżytej traumy, w tym przypadku powodzi. U ponad 60% ofiar wystąpiły specyficzne objawy przeżyć traumatycznych, były to: fotograficzna pamięć doświadczeń zaburzenia snu (koszmary nocne, bezsenność, zapadanie w sen jak zatapianie się w wodzie), uwrażliwienie i wyczulenie na bodźce przypominające wydarzenia traumy (obawy przed deszczem, wiatrem, błyskawicami, kałużami, rzeką), poczucie wyizolowania, osamotnienia, inności, zdziwienie, utrata poczucia rozumienia wydarzeń, dezorientacja, spadek aktywności szkolnej i pogorszenie się wyników w nauce, trudności w koncentracji uwagi, drażliwość, podwyższony poziom agresji, niepokoju, nadpobudliwość psychoruchowa, lęk o najbliższych, lęk przed rozstaniem z rodzicami, wychodzeniem z domu, unikanie dotychczasowych dróg, omijanie rzeki, niepamięć wydarzeń traumatycznych, pesymizm co do przyszłości (Mesterhazy, 2002, s. 26). Symptomy objawów wykazują istotną specyfikę,

która wskazuje na charakter przeżytej traumy u dzieci. Badania przeprowadzone przez P. Jaworską-Andryszewską, M. Abramowicz, A. Kosmałą, K. Klementowskiego, J. Rybakowskiego wskazały na inny aspekt wpływu przeżytych doświadczeń urazowych w dzieciństwie na funkcjonowanie osób w wieku dorosłym z diagnozą ChAD. W badaniu użyto polskiej wersji Kwestionariusza Traumatycznego Wczesnodziecięcej (Childhood Trauma Questionnaire – CTQ) i własnego Kwestionariusza Negatywnych Doświadczeń Dziecięcych. Wzięło w nich udział 52 pacjentów hospitalizowanych w Klinice Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Szpitalu Neuropsychiatrycznym w Kościanie oraz w Milickim Centrum Medycznym a grupę kontrolną stanowiły 52 osoby. Wyniki badań wskazywały na istotnie wyższe wskaźniki występowania sytuacji i zdarzeń traumatycznych w dzieciństwie u osób z diagnozą ChAD niż u osób zdrowych. Według badaczy może to mieć znaczenie nie tylko w kwestii patogenezy choroby, lecz również w planowaniu strategii terapeutycznej (Jaworska-Andryszewska, Abramowicz, Kosmała i in., 2016, s. 45). Osoby badane znacznie częściej doświadczały przemocy fizycznej, seksualnej, zaniedbania, były świadkami takich zdarzeń w rodzinie, jak: alkoholizm, opuszczenie, przemoc, śmierć jednego z rodziców, samobójstwa.

Badania dotyczące wpływu sytuacji urazowych na rozwój mózgu wskazują, że doświadczanie traumy u bardzo małych dzieci z racji wpływu kortyzolu na mózg dziecka-wcześnieńnika wykazują zakłócenia prawidłowego rozwoju procesów związanych z funkcjami poznawczymi. Również badania, które przywołuje E. Gil ukazują słabszy rozwój struktur mózgowych, szczególnie lewej półkuli, lewostronnej części hipokampa, słabszej integracji między prawą a lewą półkulą a także zmniejszenie wielkości *corpus callosum*. Wpływ neurochemiczny doznań traumatycznych na mózg wskazuje na występowanie wielu zakłóceń w jego pracy, co pokazuje nieprawidłowy zapis EEG (Sikorska, 2014, s. 61). Ogólnie można wskazać, że również doświadczanie permanentnego stresu i wzrost jego natężenia powoduje zaburzenia funkcjonowania układów i narządów organizmu, których uprzednie pobudzenie stwarzało możliwości przystosowawcze. Wyraźnie można wskazać na obniżenie skupienia uwagi, logicznego myślenia oraz przewidywanie skutków swoich działań (Kuś, 2003, s. 122).

Wpływ doświadczeń urazowych uwidacznia się również w zespole dziecka maltretowanego. Termin ten jest niejednoznaczny, gdyż brano pod uwagę wiele czynników oraz zdarzeń, które mogłyby doprowadzać do różnorodnego uszkodzenia fizycznego oraz psychicznego dziecka. Jednakże w konstrukcie tego terminu pod uwagę brano najczęściej fizyczne działania wobec dziecka w formie bicia, znęcania się i innych form przemocy fizycznej. W bardzo niewielkim stopniu zwracano uwagę na psychologiczne i emocjonalne aspekty uszkodzania funkcjonowania i rozwoju dziecka. Badania dzieci maltretowanych dowiodły, że u 30% z nich występuje upośledzenie rozwoju funkcji poznawczych. Na podstawie wieloletnich obserwacji można stwierdzić, że u wszystkich dzieci maltretowanych fizycznie i psychicznie występują zaburzenia emocjonalne. Ich rodzaj

i stopień natężenia zależy od sytuacji rodzinnej, typu układu nerwowego dziecka, jego odporności i wrodzonych właściwości psychicznych (Popielarska, 2000, s. 233). Istotne znacznie w kwestii odporności na sytuacje traumatyczne i strategię radzenia sobie z nimi ma posiadanie elastycznych i realistycznych schematów poznawczych, takich jak przekonania o tym, że świat jest bezpieczny ale zdarzają się sytuacje groźne, albo że każdy człowieka ma swoje mocne i słabe strony (Dragan, Gulcz, Wójtowicz, 2005, s. 419; Kubacka-Jasiecka, 2016, s. 61). Badania dotyczące radzenia sobie z sytuacjami trudnymi pokazały także zależność realizowania strategii od wieku badanych dzieci. E. Pisula i R. Sikora cytują badania Williams i McGillicuddy-De Lisi oraz Donaldsona, że dzieci młodsze częściej przyjmują strategię oderwania się od problemu, a młodzież starsza (15–17 lat) dokonuje częściej poznawczego przepracowania zdarzenia czy problemu (Pisula, Sikora, 2008, s. 406). Badacze również zwracają uwagę na fakt, że nie tylko właściwości psychiczne i odporność na sytuacje trudne ma znacznie w kwestii strategii radzenia sobie z traumą lub jej siły oddziaływania na człowieka. Duże znaczenie ma charakter traumy. B. Zawadzki twierdzi, że częstość objawów PTSD jest większa w przypadku zdarzeń traumatycznych związanych z przemocą interpersonalną (np. u ofiar gwałtu) czy zamachów terrorystycznych niż u ofiar katastrof naturalnych (Zawadzki, 2006, s. 229). Ważnym czynnikiem wpływającym na skuteczność radzenia sobie z sytuacjami trudnymi u dzieci jest również inteligencja emocjonalna (Ogińska-Bulik, 2008, s. 71). Wśród osób maltretowanych spotyka się również zespół wyuczonej bezradności, poczucie winy, niską samoocenę, lęk, obniżony nastrój i izolację społeczną (Terelak, Kluczyńska, 2007, s. 48).

Zdaniem badaczy wśród dzieci maltretowanych fizycznie i psychicznie spotkać można dzieci lęklive, nieśmiałe, smutne, nieufne, nadmiernie wrażliwe, zbyt uległe, bierne oraz izolujące się od rówieśników. Mogą pojawiać się u nich zaburzenia somatowegetatywne (wymioty, brak łaknienia, zaburzenia snu) i somatoruchowe (tiki, jękanie się, moczenie nocne i dzienne, mimowolne popuszczanie kału). Obraz dziecka maltretowanego jest również bardzo dobrze znany chirurgom, którzy sugerują, że obecnie 10% urazów u dzieci do lat 7 jest spowodowanych maltretowaniem fizycznym lub celowym zaniedbaniem opieki nad dzieckiem – 30% ofiar to niemowlęta, 35% – dzieci 2-3-letnie, 35% – dzieci powyżej 3 r.ż. (Popielarska, 2000, s. 126).

Doświadczenia urazowe we wczesnym dzieciństwie może być przyczyną powstawania takich symptomów jak: zamazanie się obrazu własnego ciała, braku granic między jednostką a otoczeniem, uczucie własnej aseksualności, różne problemy psychiczne oraz znamienne doznanie, że „nigdy nie zamieszkało się we własnym ciele” (Rzeszutek, Schier, 2007, s. 7).

Doznawanie traumatycznych doświadczeń w formie przemocy fizycznej w procesie wychowania było również przedmiotem badań pod kątem ich relacji z funkcjonowaniem psychospołecznym dziecka. Zdaniem K. Halemby i A. Izdebskiej dzieci, które doznają kar fizycznych, w relacjach ze swoimi rodzicami

wykazują specyficzne cechy psychiczne oraz specyficzne funkcjonowanie poznawczo-społeczne. Badaczki wskazują na występowanie u nich gorszej kondycji psychicznej, erozję relacji z rodzicami, ograniczoną internalizację norm moralnych oraz wyższy poziom agresji i zachowań antyspołecznych (Halemba, Izdebska, 2009, s. 30).

W zakresie związku doznań traumatycznych z funkcjonowaniem poznawczym dziecka badania wskazują na występowanie zmian strukturalnych. Badań dotyczących funkcjonowania układu limbicznego potwierdzają omawiane wcześniej zaburzenia EEG, głównie lewej półkuli mózgu, u dzieci, które były wykorzystywane seksualnie. U dzieci – ofiar przemocy stwierdzono słabszy rozwój lewej półkuli mózgu. Natomiast aktywacyjna przewaga prawej półkuli wiąże się intensywniejszym, częstszym i dłużej trwającym przeżywaniem emocji negatywnych (Gawinecka, Łucka, Cebella, 2008, s. 67).

Podsumowanie i dyskusja

Przegląd badań ujętych w czasopismach oraz w literaturze pokazał wielkość oraz znaczenie doświadczeń urazowych dla rozwoju dziecka. Zdaniem wielu badaczy doznania traumatyczne, szczególnie we wczesnym dzieciństwie, wpływają na rozwój zachowań dysfunkcyjnych, zaburzeń psychicznych, takich jak: depresja, nerwice, zaburzenia lękowe, zaburzenia snu, koszmary, zaburzenia zachowania i inne. Jak pokazały badania doświadczenia traumatyczne mogą wpływać wprost na nieprawidłowy rozwój mózgu i jego poszczególnych struktur jak hipokamp, układ limbiczny, kora przedczołowa i inne. Stopień komplikacji rozwoju dziecka w zakresie psychicznym oraz społecznym sprawia, że trudno znaleźć precyzyjne narzędzia badawcze, które badałyby nie tylko wpływ traumatycznych doświadczeń na wyżej wymienione aspekty rozwoju ale i na całość kształtu. Badacze wskazują na czynniki ochronne, które pozwalają na zmniejszenie lub zniwelowanie wpływu doświadczeń traumatycznych na rozwój dziecka i jego późniejsze funkcjonowanie w życiu dorosłym. Jednak badania, które określałyby nie tylko skutki wpływu doświadczeń traumatycznych powinny również uwzględniać możliwości i zasoby dziecka w zakresie umiejętności ochrony i radzenia sobie z doświadczeniami traumatycznymi przez dziecko. Wymaga to stworzenia oraz opracowania precyzyjnych narzędzi badawczych, które by wskazały i badały określone formy traumy i ich korelacje z występującymi dysfunkcjami psychospołecznymi u dzieci po przebytej traumie.

Uzupełnienie podjętych badań powinno dotyczyć m.in. poszerzenia zakresu badanej populacji dzieci. Badania powinny objąć większą liczbę dzieci. Pozwoli to na określenie stopnia istotności, znaczenia doświadczeń urazowych dla funkcjonowania psychospołecznego dzieci. Również skutki jakie powstają w wyniku doświadczeń urazowych są powodem do prowadzenia dalszych badań w tych obszarach badawczych. Istotną kwestią, która może mieć znaczenie w zakresie podejmowania

systematycznych badań w obszarach związku pomiędzy doświadczeniami urazowymi a funkcjonowaniem psychospołecznym dzieci jest również kwestia wczesnej profilaktyki zaburzeń psychicznych wśród dzieci i młodzieży. Należy uzupełnić badania ujęte w niniejszym artykule o badania longitudinalne, które pomogłyby pokazać związek doświadczeń urazowych z funkcjonowaniem psychospołecznym dzieci w kontekście zmian rozwojowych w badanej populacji. Badania podłużne umożliwiają także poznanie związków przyczynowo-skutkowych między badanymi zmiennymi. Natomiast uzupełnienie badań o badania transwersalne pozwoliłoby określić zmiany jakie następują w zakresie poszczególnych obszarów funkcjonowania psychospołecznego, zdrowa psychicznego, ewentualnych zaburzeń psychicznych dzieci, młodzieży i osób dorosłych w wyniku oddziaływań traumatycznych.

Ponadto wykorzystanie innych źródeł w zakresie badanych obszarów pozwoliłoby na ustalenie znaczenia oraz związków pomiędzy poszczególnymi typami doznań urazowych a szczegółowymi obszarami funkcjonowania psychospołecznego dzieci. Wykorzystanie źródeł obcojęzycznych i badań z innych krajów umożliwiłoby porównanie wyników badań i dokonanie metaanalizy uzyskanych danych w zakresie związków pomiędzy doświadczeniami urazowymi, traumatycznymi a poszczególnymi obszarami funkcjonowania społecznego dzieci.

Abstract: Traumatic Experiences of Children and Their Psychosocial Functioning – Analysis of a Research Review

The work concerns the impact of various forms of traumatic experiences on the psychosocial functioning of a child. The article features traumatic experiences of an interpersonal nature, especially in the child's relationships with closest relatives and significant people, and the impact on the child's self-image, cognitive processes, emotional processes and the degree and nature of the child's social functioning. The work contains an attempt at a synthetic introduction to the issues, taking into account the current state of research on the correlation between traumatic experiences, especially of an interpersonal nature, and the characteristics of the child's actions in particular psychosocial spheres.

Keywords: traumatic experiences, interpersonal trauma, emotional rejection, neglect, damage, physical violence, psychological violence, sexual violence, relationships with parents, child's mental and social development, stress, reaction to stress, PTSD, DESNOS, CSA, mental disorders in children, the impact of traumatic experiences.

Bibliografia

- [1] Bassam A., 2010, *Poradnictwo i wsparcie psychologiczne online dla dzieci i młodzieży – ofiar przemocy*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka”, 2(31).
- [2] Birch A., Malim T., 1998, *Psychologia rozwojowa w zarysie. Od niemowlęctwa do dorosłości*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- [3] Błaż-Kapusta B., 2007, *Złożony zespół stresu pourazowego (DESNOS) – studium przypadku*, „Psychoterapia”, 3(147), 43–52.

- [4] Bryant P.E., Colman A.M. (red.), 1997, *Psychologia rozwojowa*, Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- [5] Budzyńska A., 2010, *Psychologiczne aspekty zeznań małoletnich świadków*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka”, 1(30), 7–14.
- [6] Dąbkowska M., 2009, *Zaburzenia stresowe pourazowe u kobiet jako wynik przemocy ze strony partnera*, „Alkoholizm i Narkomania”, 22 (1), 11–20.
- [7] Dragan M., Gulcz M., Wójtowicz S., 2005, *Adaptacja Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): raport ze wstępnego badania walidacyjnego inwentarza pourazowych treści poznawczych*, „Przegląd Psychologiczny”, 48(4), 417–430.
- [9] Friedrich W.N., 2012, *Bepośrednie konsekwencje wykorzystywania seksualnego dzieci*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka”, 4(41), 27–40.
- [8] Fredrich W.N., Chaffin M., 2012, *Oparte na dowodach metody postępowania w przypadkach krzywdzenia i zaniedbywania dzieci*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka”, 4(41), 7–26.
- [10] Galińska E., 2003, *Terapia doświadczeń urazowych metodą „portretu muzycznego”*, „Psychoterapia”, 1(124), 19–40.
- [11] Greenstone L.J., Sharon C.L., 2004, *Interwencja kryzysowa*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- [12] Hajdo P., 2007, *Poziom złości i mechanizmy obronne a nasilenie symptomów PTSD na przykładzie ofiar przemocy domowej*, „Psychoterapia”, 4(143), 79–86.
- [13] Halemba K., Izdebska A., 2009, *Kary fizyczne w wychowaniu dzieci – uwarunkowania i konsekwencje*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka”, 3(28), 6–31.
- [14] James R.K., Gilliland B.E., 2006, *Strategie interwencji kryzysowej. Pomoc psychologiczna poprzedzająca terapię*, Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne PARPA.
- [15] Jankowska H., 1992, *Rozwój czynności poznawczych u dzieci*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- [16] Jarosz E., 2003, *Ewolucja społecznych działań wobec zjawiska przemocy nad dziećmi w rodzinie*, „Auxilium Sociale”, 3/4(27/28), 25–36.
- [17] Koniarek J., Dudek B., Szymczak M., 2000, *Kwestionariusz do pomiaru zespołu zaburzeń po stresie urazowym (K-PTSD) – zastosowanie PTSD – Interview Ch. Watsona i jego współpracowników w badaniach grupowych*, „Przegląd Psychologiczny”, 43(2), 205–216.
- [18] Kozioł W., 2003, *Instytucje wspierające ofiary przemocy w rodzinie*, „Auxilium Sociale”, 1(25), 126–134.
- [19] Kuś L., 2003, *Sytuacje trudne związane ze służbą wojskową a umiejętność radzenia sobie ze stresem*, „Auxilium Sociale”, 2(26), 117–132.
- [20] Łada D., Gulcz M., 2003, *Podejście poznawczo-behawioralne w leczeniu koszmarów*, „Psychoterapia”, 2(125), 57–62.
- [21] Mesterhazy J., 2002, *Psychologiczne następstwa doświadczeń urazowych u dzieci. Interwencja kryzysowa*, „Psychoterapia”, 1(120), 21–32.
- [22] Ogińska-Bulik N., 2008, *Stres zawodowy i jego konsekwencje w grupie pracowników usług społecznych – rola inteligencji emocjonalnej*, „Przegląd Psychologiczny”, 51(1), 69–86.
- [23] Pisula R., Sikora R., 2008, *Wiek i płeć a radzenie sobie ze stresem przez młodzież w wieku 12–17 lat*, „Przegląd Psychologiczny”, 51(4), 405–421.
- [24] Popielarska M. (red.), 2000, *Dziecko maltretowane w rodzinie*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

- [25] Porębska M., 1991, *Osobowość i jej kształtowanie się w dzieciństwie i młodości*, wyd. 2 popr., Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- [26] Potoczek A., 2003, *Zespół lęku napadowego a trauma choroby i śmierci*, „Psychoterapia”, 2(125), 47–56.
- [27] Przetacznik-Gierowska M., Makieńko-Jarża G., 1992, *Psychologia rozwojowa i wychowawcza wieku dziecięcego*, wyd. 2 popr., Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- [28] Rzeszutek M., Schier K., 2008, *Tak bolesne, że aż obce? – związek pomiędzy depresją a obrazem u młodych dorosłych*, „Psychoterapia”, 4(147), 5–16.
- [29] Sęk H., 2001, *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- [30] Sikorska-Koza A., 2010, *Ocena psychologicznych aspektów wiarygodności zeznań małoletnich świadków w praktyce biegłych sądowych psychologów na podstawie analizy spraw karnych dotyczących wykorzystywania seksualnego dzieci*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka”, 1(30), 70–89.
- [31] Syrek E., 2004, *Zaniechanie emocjonalne dzieci jako zagrożenie zdrowia – wybrane aspekty*, „Auxilium Sociale”, 1(29), 30–39.
- [32] Terelak J.F., Kluczyńska S., 2007, *Płeć psychologiczna a style radzenia sobie ze stresem u kobiet – ofiar przemocy ze strony partnera*, „Przegląd Psychologiczny”, 50(1), 45–64.
- [33] Tomalski R., 2007, *Trauma i dysocjacja w zaburzeniach jedzenia*, „Psychoterapia”, 2(141), 17–28.
- [34] Tyra T.L., 2000, *Depresyjni rodzice i ich dzieci*, „Przegląd Psychologiczny”, 43(3), 323–338.
- [35] Widera-Wysoczańska A., 2005, *Zaburzone rodzicielstwo jako konsekwencja kazirodztwa doznanego w dzieciństwie*, „Przegląd Psychologiczny”, 48(3), 295–312.
- [36] Zawadzki B., Kaczmarek M., Strelau J., 2008, *Reaktywność emocjonalna oraz inne czynniki ryzyka objawów PTSD: dane z polskich badań ofiar powodzi i pożaru*, „Przegląd Psychologiczny”, 51(3), 277–294.
- [37] Zawadzki B., 2006, *Uwarunkowania zaburzenia stresowego pourazowego (PTSD) w grupie ofiar powodzi: rola charakterystyki zdarzenia i jego długotrwałych materialnych następstw oraz reaktywności emocjonalnej*, „Przegląd Psychologiczny”, 49(3), 227–242.