

Iwona Sikorska

Dziecięca trauma – psychologiczne konsekwencje dla dalszego rozwoju

Children's trauma – psychological consequences for farthest development

Uniwersytet Jagielloński, Kraków
Instytut Psychologii Stosowanej

Obecność sytuacji i zjawisk wywołujących stres i będących przyczyną przeżyć traumatycznych jest powszechna w życiu człowieka (Lis-Turlejska, 2002, 2008). W różnym stopniu dotyczą one nie tylko dorosłych, ale również dzieci i młodzież. Czym jest w istocie wydarzenie mające charakter traumy w oczach dziecka, mogące stać się powodem wystąpienia u niego zaburzeń. Pojęcie objawów pourazowych stosowane jest w przypadku dolegliwości o charakterze fizycznym, behawioralnym, poznawczym i emocjonalnym mających bezpośredni związek z traumatycznym wydarzeniem. Tym, co określa dobitnie znaczenie owego zdarzenia dla rozwoju dziecka to doświadczenie głębokiej, często radykalnej zmiany w sposobie spostrzegania świata, siebie i innych (Gil, 2006; Cohen, Mannarino, Deblinger 2011).

I. Przyczyny dziecięcej traumy

Wśród przyczyn odpowiedzialnych za przeżycia traumatyczne u dzieci i młodzieży możemy wymienić dwie grupy zjawisk, róż-

niących się czasem trwania. W pierwszym przypadku będą to jednorazowe wydarzenia intensywnie przeżywane przez dziecko jako zagrożenie nagle i gwałtownie burzące jego poczucie bezpieczeństwa, np. wypadek drogowy. W drugim przypadku występowanie reakcji stresowych oraz symptomów zespołu stresu pourazowego wiązać się będzie z długotrwałym podleganiem niekorzystnemu wpływowi, niszczącemu równowagę psychiczną i poczucie własnej wartości w postaci na przykład przemocy domowej. Innym kryterium przybliżającym rozumienie znaczenia przeżyć ekstremalnie negatywnych dla dziecka może być zróżnicowanie na uczestnika czy obserwatora. Młody człowiek może być zarówno sprawcą czy ofiarą przemocy, jak też świadkiem stresujących wydarzeń w swoim otoczeniu (Pacewicz, 1992; Jundziłł, 1993; Lipowska-Teutsch, 1995; Margolis, 1999; Badura-Madej, Mesterhazy, 2000).

Wśród konsekwencji przeżytej traumy wymieniane są zaburzenia zdrowia fizycznego, ale też zaburzenia zachowania w postaci reakcji agresywnych, trudności emocjonalne, ta-

kie jak złość, lęk oraz zakłócenia w funkcjonowaniu poznawczym młodego człowieka. Ilość zaburzeń oraz ich nasilenie będzie wiązać się oczywiście z indywidualną podatnością, ale wpływ będą miały również takie parametry jak częstotliwość czy stopień uczestnictwa w zdarzeniu.

O wypartej traumie dzieciństwa i jej konsekwencjach w dalszym życiu pisze Alice Miller w wielu swoich książkach, między innymi w „Buncie ciała”: „Wychowanie oparte na przemocy jest dla mnie równoznaczne ze znęcaniem się, ponieważ nie tylko odmawia ono dziecku prawa do godności i szacunku należnych mu jako istocie ludzkiej, ale stanowi swego rodzaju system totalitarny, uniemożliwiający świadome przeżycie doświadczanych krzywd i upokorzeń, nie wspominając już o możliwości obrony” (Miller, 2006, str.18).

Symptomy wskazujące na rozwijanie się u dziecka zespołu stresu pourazowego można przedstawić następująco:

- Ponowne odtwarzanie traumy w postaci snów, wspomnień, zabaw, a przy kontakcie z czymś, co o traumie przypomina – reaktywność fizjologiczna oraz silny dystres
- Uporczywe unikanie tematów związanych z traumą – myśli, wspomnień
- zmniejszona ogólna reaktywność – brak zainteresowań ważnym działaniem, perspektywami na przyszłość, chłód emocjonalny
- Trwałe objawy wzmożonego pobudzenia – trudności w zasypianiu, koncentracji, czujność, drażliwość, wybuchowość (Gil, 2006; Lis-Turlejska, 2008; Kubacka-Jasiecka, 2010)

1. Dziecko krzywdzone

Dziecko, które nie znajduje w rodzinie możliwości zaspokojenia swoich naturalnych po-

trzeb koniecznych do prawidłowego rozwoju jest zagrożone w swoim zdrowiu psychicznym i fizycznym. Jego przymioty, z którymi przychodzi na świat i które wymagają szczególnej opieki rodziców, takie jak: cenna, bezbronna, niedoskonała, zależna i niedojrzała (Melody, 1993) w rodzinie dysfunkcyjnej nie wywołują koniecznego odzewu. „Kiedy dziecko przychodzi na świat, potrzebuje miłości rodziców, to znaczy uwagi, opieki, życzliwości, pielęgnacji i bliskiego kontaktu.(...) im mniej dziecko otrzymało miłości, im bardziej było odrzucone i maltretowane pod pozorem wychowania, tym później trudniej otrzymać mu od innych ludzi miłość, której kiedyś odmówili mu rodzice” (Miller, 2006, str.13). Rodzice w miejsce ochrony, opieki, troski, wsparcia dostarczają dziecku informacji o jego małej wartości poprzez ignorowanie, wyśmiewanie, odrzucenie emocjonalne czy karanie. Taki sposób postępowania wychowawczego staje się nie tylko powodem cierpienia dziecka, ale prowadzi może też do deformacji w jego rozwoju (Lipowska-Teutsch, 1995; Herman, 2004; Miller, 2006). Dzieci w rodzinach dysfunkcyjnych podlegają czasem jednej, a czasem kilku formom krzywdzenia. Stosowanie przemocy przez sfrustrowanych, impulsywnych, czasem zaburzonych czy uzależnionych dorosłych przejawia się maltretowaniem i wykorzystywaniem dziecka (Czyż, Szamańska, 1995; Pospiszyl, 2000; Herman, 2004). „...”, dziecko krzywdzone to takie, które doznaje uczucia cierpienia z powodu niewłaściwego zachowania innych osób (głównie rodziców i opiekunów) w stosunku do niego, a przy tym doznaje ono poczucia niesprawiedliwości i bezsilności wobec tego zachowania i tych osób. Najczęściej mówi się o czterech sferach krzywdzenia dziecka – krzywdzeniu fizycznym, zaniedbywaniu, krzywdzeniu emocjo-

nalnym i seksualnym wykorzystywaniu dzieci” (Bragiel, 1999, str. 15).

Zaniedbywanie jest formą ignorowania podstawowych potrzeb dziecka; fizjologicznych, bezpieczeństwa, przynależności, szacunku i miłości, których niezaspokojenie blokuje jego dalszy rozwój. Zaniedbywanie wynikać może z bezradności rodzica lub też z jego ambiwalentnego stosunku do dziecka. Niedostrzeganie czy też lekceważenie przez rodziców sygnałów płynących od dziecka utwierdza je w przekonaniu, że nie jest dla nich cenne, a jego bezbronność, niedoskonałość i niedojrzałość są jego własnym problemem, w rozwiązywaniu którego nie powinno liczyć na jakąkolwiek pomoc. Jako medyczne kryteria zaniedbania przyjmuje się pięcioprocentowy spadek wagi ciała i wzrostu dziecka poniżej normy, opóźnienia w rozwoju psychomotorycznym oraz fakt, że dziecko rozwijało się dotąd prawidłowo.

Przemoc emocjonalna jest krzywdzeniem dziecka poprzez komunikowanie mu w niszczącej formie (przekleństwa, wyzwiska) upokarzających treści (wyśmiewanie, poniżanie). Negatywne komunikaty oparte na groźbach, zastraszaniu i deprecjonowaniu osoby młodego człowieka służą według niektórych rodziców celom wychowawczym: dyscyplinującym i motywującym. Powtarzające się negatywne oceny stają się podwalinami obrazu siebie i tworzącej się tożsamości dziecka, wpływają na obniżone poczucie własnej wartości. Przemoc emocjonalna jest formą krzywdzenia stosowaną częściej przez matki (Czyż, Szamańska, 1995; Herman, 2004).

Przemoc fizyczna wyraża się w różnych formach fizycznej napaści dorosłego na dziecko. Wachlarz możliwości obejmuje klapsy, bicie, szarpanie czy policzkowanie pojawiające się jako reakcja rodzica na nieakceptowane

przez niego zachowanie dziecka czy też jako sposób wymuszenia posłuszeństwa. Czasem krzywdzenie fizyczne odbywa się bez jakiegokolwiek powodu ze strony dziecka. Rozmiary przemocy fizycznej wobec dzieci i młodzieży są coraz częściej piętnowane przez media i opinię publiczną, jednak oprócz wydarzeń spektakularnych, których okrucieństwo jest ogólnie potępiane – wciąż istnieje „szara strefa” krzywdzenia fizycznego dzieci nawet w rodzinach nie obciążonych (Jundziłł, 1993; Lipowska-Teutsch, 1995; Margolis, 1999). Według polskich badań częściej stosują przemoc fizyczną wobec swoich dzieci ojcowie (Piekarska, 1991; Kmieciak-Baran, 1995 za: Bragiel, 1999). Kryteria diagnostyczne oraz opis możliwych obrażeń funkcjonują w obszarze medycznym jako zespół dziecka bitego/maltretowanego – *battered child syndrome*, natomiast przemoc fizyczna określana jest jako *physical abuse*.

Przemoc seksualna jest formą nadużycia dziecka przez dorosłego w celu uzyskania przyjemności seksualnej, jest wyrazem przemocy fizycznej i emocjonalnej, wykorzystaniem władzy i siły. Aktywności, do jakich zmuszane jest dziecko są nieadekwatne do jego etapu rozwojowego, niezrozumiałe i wywołujące lęk. Formami przemocy seksualnej są kazirodztwo, uwiedzenie, pedofilia, gwałt, wykorzystywanie dla celów prostytucji czy pornografii (Pacewicz, 1992). Jako wiek największego ryzyka wykorzystania seksualnego określany jest okres 5-8 rok życia dla chłopców oraz 9 – 12 dla dziewcząt (Starowicz, 1992). Najczęstszymi sprawcami tego rodzaju przemocy są wedle badań nie osoby obce lecz członkowie bliskiej rodziny, w pierwszym rzędzie ojcowie.

2. Nagłe wydarzenia krytyczne

Oprócz doświadczeń związanych z destrukcyjnym, często długotrwałym, wpływem innych osób – dziecko konfrontuje się w swoim życiu również z wydarzeniami nagłymi o charakterze sytuacji granicznej. Mogą być to wypadki komunikacyjne, katastrofy żywiołowe, działania wojenne. Siła i rozmiary spustoszenia, niesionego przez owe zdarzenia stanowią czynnik znacznego ryzyka dla równowagi psychicznej dziecka (Rosenhan, Seligman, 1994; Ford, 2010; Cohen, Mannarino, Deblinger 2011).

Kłęski żywiołowe są zdarzeniami zaburzającymi gwałtownie poczucie bezpieczeństwa dziecka. Zdumienie i szok z nimi związane są dużo większe niż u osoby dorosłej, ponieważ zasób wiedzy i doświadczeń dziecka często w ogóle podobnych zjawisk jeszcze nie objął. Jest to dotkliwe zaburzenie porządku świata, który dopiero niedawno zaczął być pojmowany przez młodego człowieka. W sytuacji zagrażającej dziecko zwraca się intuicyjnie po wyjaśnienie i pomoc do rodzica. Jeśli jednak jego zabraknie, ponieważ jest nieobecny, ranny lub ginie – dziecko pozostaje ze swoim przerażeniem i cierpieniem całkowicie samo. I to właśnie przeżycie samotności i bezradności jest najtrudniejszym elementem doświadczenia traumy .

Brak podstawowego oparcia wobec wydarzeń do niczego niepodobnych uniemożliwiają dziecku jakąkolwiek reakcję adaptacyjną – brak mu bowiem doświadczenia oraz bieżących wskazówek.

Podobnie dramatycznymi, niezrozumiałymi wydarzeniami dla dzieci są katastrofy przemysłowe czy komunikacyjne. Udział maszyn w krańcowo zagrażających sytuacjach może być odbierana przez dzieci jako dodatkowo przerażająca. Ponieważ dzieci nie potrafią

obsługiwać jeszcze wielu urządzeń elektrycznych czy mechanicznych, więc ich działanie pozostaje całkowicie poza ich kontrolą, a zasady owego działania są całkowicie niezrozumiałe.

Katastrofy będące dziełem człowieka, a więc wojny, tortury czy prześladowania oprócz wszystkich wymienionych poprzednio zagrożeń niosą ze sobą dodatkowo niebezpieczeństwo całkowitej utraty przez dziecko zaufania do drugiego człowieka (Rosenhan, Seligman, 1994; Herman, 2004; Cohen, Mannarino, Deblinger 2011). Przeżycia związane z wykluczeniem, represjami, byciem ściganym godzą w podstawowe zaufanie do świata i gwałtownie zaburzają poczucie bezpieczeństwa. Dojmująco bolesnym doświadczeniem jest przeżycie drugiego człowieka jako bezwzględnego agresora.

3. Bullying, przemoc rówieśnicza

Bullying rozumiany jest jako celowe i długotrwałe znęcanie się występujące w grupie rówieśniczej. Są to zamierzone, powtarzalne i nie prowokowane zachowania agresywne jednego lub grupy sprawców wobec ofiary z zamiarem sprawienia jej bólu fizycznego, przykrości, poniżenia lub przerażenia jej. Najczęściej dotyczą sytuacji mających miejsce w obliczu grupy „wizjów”, z wyraźną nierównowagą sił – niemożnością obronienia się ofiary i poczuciem bezkarności sprawcy.

Bullying ma charakter bezpośredniego ataku lub działań pośrednich. Dotyczy dzieci i młodzieży od 6 do 18 roku życia , a sprawca, ofiara i widzowie są najczęściej w zbliżonym wieku (Olweus, 1993; Peeren von Lax, 2002; Nansel i in. 2003).

Ze względu na typ kontaktu wyróżnić można bullying bezpośredni oraz pośredni. Pierwszy

typ obejmuje formy kontaktu fizycznego: popychanie, plucie, kopanie, uderzanie, zabieranie i chowanie rzeczy, zmuszanie do wykonywania poniżających, ośmieszających i/lub odróżających czynności w tym kopro-, urofilnych i seksualnych oraz werbalnego: grożenie, poniżanie przez przezywanie, wyśmiewanie, robienie min i prowokowanie.

Bullying pośredni (ukryty) to działania związane z nękaniami ofiary nie wprost. Forma relacyjna dotyczy obmawiania, rozpuszczania plotek, namawiania innych do izolowania ofiary, odrzucenie jej i ignorowanie. Inną formą pośrednią jest cyberbullying – wykorzystanie zdobyczych techniki przeciw drugiemu człowiekowi. Umieszczanie w sieci oszczerczych czy ośmieszających informacji, zdjęć czy filmów ma na celu niszczenie dobrego imienia dziecka czy nastolatka.

Jako następstwa przemocy rówieśniczej wskazywane są konsekwencje doraźne, ale też długotrwałe. Najczęściej wymieniane są nieobecności w szkole (wagary, „fobia szkolna”), gorsze wyniki w nauce, gorsze przystosowanie społeczne, niska samoocena, lęk, depresje, zaburzenia emocjonalne, próby samobójcze, zaburzenia rzekomo-somatyczne, zaburzenia snu, lęki nocne, enuresis (mocznie), agresja oraz zachowania przestępcze (Olweus, 1993; Nansel i in. 2003; Dembach, 2008; Guerin, Honnessy, 2008).

II. Specyfika odbioru świata przez dziecko. Radzenie sobie z sytuacją traumatyczną

Wśród objawów pourazowych wymienić można symptomy przejawiające się w różnych obszarach funkcjonowania dziecka, charakteryzujące się odmienną głębokością i stopniem nasilenia. Dla potrzeb badawczych i terapeu-

tycznych objawy te podzielone zostały na kilka grup, które jednak często zachodzą na siebie i są od siebie nawzajem zależne. Proponowane uporządkowanie obejmuje kategorie zaburzeń poznawczych, afektywnych, behawioralnych, psychobiologicznych oraz objawy „złożonego PTSD” (Cohen, Mannarino, Deblinger 2011).

1. Traumatycznie doświadczana krzywda

„Patologiczne środowisko w dzieciństwie wymusza rozwój niezwykłych umiejętności – zarówno korzystnych, jak i destrukcyjnych. Prowadzi do powstawania anormalnych stanów świadomości, w którym nie istnieją normalne relacje pomiędzy ciałem a umysłem, rzeczywistością a wyobraźnią, wiedzą a pamięcią”. (Herman, 2004, str. 106).

Zespół dziecka maltretowanego skutkuje występowaniem konsekwencji krótkotrwałych, jak i o odległych skutkach, w sferze cielesnej oraz emocjonalnej dziecka.

Bezpośrednie reakcje psychiczne na doznaną krzywdę mogą wyrażać się poprzez regresję w zachowaniu: płacz, ucieczka, w formie agresji – niszczenie przedmiotów, bicie, kopanie lub też poprzez zahamowanie aktywności ruchowej – zamarcie, znieruchomienie, stupor (Obuchowska, 1989). W sferze emocjonalnej może pojawić się chwiejność, obniżenie samooceny, wzmożona czujność i nieufność wobec otoczenia. Konsekwencje społeczne to często odmowa kontaktów z innymi, dystans i niechęć do nawiązywania relacji interpersonalnych. Poważnymi zagrożeniami dla prawidłowego rozwoju dziecka mogą stać się skutki skrajnych i długotrwałych przeżyć traumatycznych, sięgające do najgłębszych warstw osobowości. Wśród sposobów radzenia sobie z przemocą wymieniane są przeciwprzemoc, stosowanie mechanizmów obronnych oraz

procesy adaptacyjne. W przypadku dzieci mówić możemy przede wszystkim o drugiej i trzeciej formie. (Bragiel, 1996).

Skutkami długotrwałej traumy w postaci doświadczania przemocy są zaburzenia prawidłowego rozwoju dziecka. Efektem przeżywanego poniżania staje się niskie poczucie własnej wartości utrudniające realizację kolejnych zadań rozwojowych oraz zdobywanie niezbędnych życiowo kompetencji. Zafałszowany obraz rzeczywistości będący skutkiem stosowanych mechanizmów obronnych jest niekorzystnym balastem stanowiącym kolejną

komplikację na drodze harmonijnego rozwoju dziecka (Badura-Madej, Mesterhazy, 2000; Herman, 2004; Miller, 2006).

2. Krótkotrwałe zdarzenie traumatyczne

Pomimo wielu prawidłowości w sposobach reagowania dzieci na sytuacje traumatyczne należy wskazać też możliwe zróżnicowanie w tym zakresie. Tym, co wpływa na odmienność w reagowaniu jest wiek oraz poziom rozwoju, siła układu nerwowego i odporność, wyuczone sposoby radzenia sobie, wsparcie społeczne.

Tab 1. Zróżnicowane reagowanie dzieci w sytuacji traumatycznej – wybrane obszary (na podstawie: Gil, 2006; Cohen, Mannarino, Deblinger 2011).

| Aspekty różnicujące | Możliwe sposoby reagowania przez dziecko |
|---|---|
| Reakcja rodziców i znaczących dorosłych na traumę | <ul style="list-style-type: none"> • Adaptacyjne formy radzenia sobie u dorosłych – dzieci nie rozwijają poważnych objawów PTSD • Bezradność i chaos w zachowaniu dorosłych – znaczne ryzyko dla wystąpienia objawów PTSD u dzieci |
| Wiek i poziom rozwoju dziecka | <ul style="list-style-type: none"> • Zależność od stabilnych i radzących sobie z traumą rodziców może stanowić czynnik ochronny dla dziecka • Niedojrzały sposób rozumienia i interpretowania wydarzeń przez dziecko stwarza zagrożenie głębokiego i dramatycznego przeżywania traumy |
| Wyuczone sposoby radzenia sobie przez dziecko | <ul style="list-style-type: none"> • Posiadanie w repertuarze emocjonalno-behawioralnym reakcji możliwych do zastosowania w sytuacji traumy – mniejsza szansa dla rozwoju poważnych objawów PTSD |

Wśród czynników indywidualnych sprzyjających dobremu radzeniu sobie z traumą są efektywne strategie zaradcze, istniejące zasoby wewnętrzne i zewnętrzne, umiejętności ekspresji emocji, dobra samokontrola, nadzieja. Przytaczając wyniki badań dotyczące wpływu zasobów indywidualnych oraz aktywów zewnętrznych na odporność psychiczną dziecka można stwierdzić, że w znacznym stopniu mogą one determinować konsekwencje

dziecięcego urazu psychicznego.

Powrót do równowagi po jednorazowej konfrontacji z masywnym stresorem możliwy jest o wiele szybciej niż po podleganiu przez długi okres traumatyzującym wpływom. Tym, co pomaga w takich sytuacjach to zapewnienie dziecku poczucia bezpieczeństwa, uspokojenie lęków co do możliwości powtórzenia się traumatycznych zdarzeń oraz przygotowanie do odbycia psychoterapii, jeśli jest ona ko-

nieczna. Profesjonalne działania psychologiczne mają na celu zmniejszanie lęków związanych z powrotem do urazowych wspomnień oraz restrukturyzację sposobu przystosowania się do rzeczywistości na model pozytywnej adaptacji (Gil, 2006; Ford, 2010).

III. Długotrwałe konsekwencje przeżytego urazu dla dalszego życia

Wpływ masywnego i chronicznego stresu na rozwój młodego człowieka analizowany był na wielu płaszczyznach. Jako przyczyny trwałych zmian oraz zakłóceń w kształtowaniu się osobowości wymienia się przede wszystkim wydarzenia traumatyczne z bardzo wczesnego dzieciństwa oraz podleganie przez długi okres bardzo niekorzystnym wpływom środowiskowym, szczególnie w środowisku rodzinnym (Braun, Helmke, Bock, 2009).

Kolejno zostaną omówione skutki owych sytuacji przejawiające się w sferze neurobiologicznej, psychologicznej i społecznej.

1. Konsekwencje dla biologii rozwijającego się mózgu

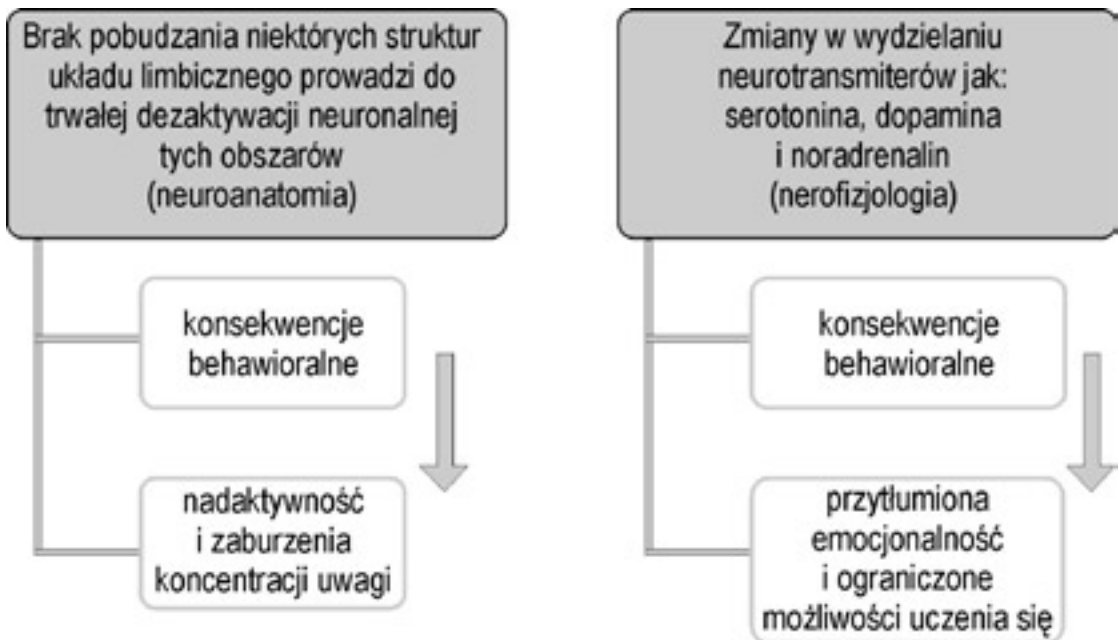
Wpływ stresu na rozwój mózgu badany był u niemowląt podlegających wielu traumatycznym procedurom medycznym. Ryszard Lauterbach z zespołem stwierdził niekorzystny związek doświadczania wielu bolesnych zabiegów medycznych koniecznych dla podtrzymania funkcji życiowych niedojrzałego organizmu u wcześniaków na późniejsze funkcjonowanie ich procesów poznawczych. Przedmiotem zainteresowania badaczy był wpływ określonych substancji chemicznych wytwarzanych pod wpływem stresu na rozwój centralnego systemu nerwowego. Działanie kortyzolu na młody, rozwijający się intensywnie mózg wpły-

wało na możliwość powstawania zakłóceń w prawidłowym rozwoju funkcji związanych z procesami poznawczymi. Prowadzone w krakowskiej Klinice Neonatologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego badania wykazały, że u wcześniaków, u których z uwagi na konieczność życiową wdrożono wiele bolesnych, stresujących zabiegów, pojawiły się w dalszym życiu trudności szkolne, szczególnie w zakresie koncentracji, uwagi i pamięci. (Lauterbach, 2008).

Również Elizabeth Gil przywołując badania Teichnera, Stiena i Kendalla oraz van der Kolka wskazuje na wpływ chronicznego stresu na rozwój struktur mózgowych w postaci słabszego rozwoju lewej półkuli, w szczególności lewej części hipokampa, zmniejszenia integracji pomiędzy lewą i prawą półkulą oraz redukcji wielkości corpus callosum. Długotrwały stres i jego neurochemiczne komponenty powodują również wzrost ilości zakłóceń w pracy mózgu – co przejawia się w nieprawidłowościach zapisu EEG (Gil, 2006).

Badania z obszaru teorii przywiązania wskazują na ogromne znaczenie braku pozytywnych doświadczeń bliskiej więzi w okresie wczesnego dzieciństwa, który uniemożliwia aktywację genów, wytworzenie nowych protein wzmacniających połączenia neuronalne i wspierających możliwości uczenia się. Brak bezpiecznego przywiązania oraz konfrontacja z masywnymi stresorami może wpływać hamująco na rozwój mózgu (Braun, Helmke, Bock, 2009; Ahnert, 2010).

Neurobiologiczne badania nad przywiązaniem prowadzone są przede wszystkim dwóch obszarach: reorganizującego wpływu na sieci neuronalne „emocjonalnego mózgu”, jak i znaczenia przywiązania dla rozwoju systemu przekąźnictwa neuronalnego. Podział ten obrazuje rycina 1.



Ryc. 1. Badania z obszaru teorii przywiązania – wpływ stresu rozstania z matką na rozwój mózgu dziecka (na podst. Braun, Helmke, Bock, 2009).

Badania związków rodzaju więzi z budową i funkcjonowaniem mózgu prowadzone są przede wszystkim na zwierzętach, a wnioskowanie na podstawie otrzymanych wyników o relacjach pomiędzy ludźmi może być ograniczone. Intensywnie rozwijająca się w USA psychobiologia rozwojowa wykorzystuje modele bazujące na badaniach nad zwierzętami do wyjaśniania neuronalnych i endokrynych korelatów przywiązania dziecka do rodzica.

Odpierając zarzuty nieuprawnionego przenoszenia wyników tych badań na funkcjonowanie ludzkiego mózgu badacze odpowiadają, że zasady działania komórek nerwowych i synaps są u człowieka i zwierzęcia praktycznie identyczne (Braun, Helmke, Bock, 2009). Obszary mózgowe zaangażowane w kontakt matki i dziecka to przede wszystkim limbiczne okolice przedczołowe, które odpowiedzialne

są w dalszym życiu za komunikację emocjonalną oraz emocjonalną kontrolę zachowania. Odseparowanie od rodzica i rodzeństwa może owocować u naczelnych unieczynnieniem lewego obszaru grzbietowo-bocznego kory przedczołowej i części układu limbicznego. Zjawisko to interpretowane jest jako przedstawienie się tych obszarów mózgu pod wpływem stresu rozstania na „oszczędny bieg”. Ponieważ rozwój mózgu stymulowany jest poprzez bodźce środowiska, które aktywują z kolei przekaźnictwo synaptyczne w układzie nerwowym – pozostawanie mózgu przez długi czas na poziomie niskiej aktywacji (ze względu na przeżywany przez dziecko stres) prowadzi do długotrwałych zmian w procesach mózgowej przemiany materii. Wyniki takie uzyskano nie tylko w badaniach nad zwierzętami, ale również nad podopiecznymi domów dziecka

(O'Connor, Rutter, 2000 za: Braun, Helmke, Bock, 2009). Procesy zmian metabolicznych, fizjologicznych oraz neurochemicznych korelują z procesami wewnątrzkomórkowymi, na drodze przekazywania informacji prowadzą do aktywacji lub dezaktywacji zaangażowanych neuronów. Niezwykle interesujące badania nad skutkami stresu doświadczanego przez młode zwierzęta pierwszych tygodniach życia wykazały, iż wywołane przez stres zmiany synaptyczne są nieodwracalne. Nawet osobniki, które po dłuższym rozstaniu z rodzicami w pierwszych trzech tygodniach życia spędziły resztę dzieciństwa w pełnej rodzinie – wykazywały w okresie pubertalnym takie same zmiany synaptyczne w obszarze kory czołowej jak zaraz po rozstaniu (Helmke et al. 2001 za: Braun, Helmke, Bock, 2009). Konsekwencje tych zmian przejawiające się na poziomie behawioralnym to nadaktywność i zaburzenia koncentracji uwagi utrzymujące się również do okresu dojrzewania.

Wiele badań prowadzonych w zakresie neurobiologii więzi wykazało, że sytuacje oddzielenia od matki powodują w systemie nerwowym dziecka również zmiany w wydzielaniu takich neurotransmiterów jak: serotonina, dopamina i noradrenalina. Wyniki te wzbudziły znaczne zainteresowanie naukowców, ponieważ znany jest udział serotoniny i katecholamin w powstawaniu takich zaburzeń jak depresja, schizofrenia czy zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD). Podczas badań mózgow zwierząt trwale oddzielonych od matek we wczesnym okresie życia stwierdzono istotnie niższą koncentrację metabolitów dopaminy w korze przedczołowej (Miura et al. 2008 za: Braun, Helmke, Bock, 2009).

Długotrwałe skutki braku lub nieprawidłowej opieki matczynej, przerwanej lub poza-

bezpiecznego przywiązania przejawiają się w nieprawidłowym rozwoju limbicznego „systemu nagrody”. W funkcjonowaniu dziecka, a potem młodego człowieka owocuje to przytłumioną emocjonalnością i ograniczonymi możliwościami uczenia się. Badane zwierzęta wykazywały w okresie dorosłości zapotrzebowanie na kontakty społeczne, były one jednak krótkotrwałe i płytkie. Za niepokojące zjawisko uznano znaczną podatność na uzależnienie się od substancji psychoaktywnych (Gaś, 1994).

2. Psychologiczne konsekwencje posttraumatyczne

Skutki przeżytej traumy oraz ryzyko rozwinięcia objawów stresu pourazowego zależne są od wielokrotności ekspozycji na sytuacje ekstremalnie trudne oraz uprzednich doświadczeń raniących, które mogły osłabić dziecko czy młodego człowieka. Szczególnie zagrażający charakter posiada trauma spowodowana przez drugiego człowieka. Napaść, przemoc i inne dramatyczne zdarzenia interpersonalne prowadzą wedle badaczy do większego dys stresu i mogą pociągać za sobą poważniejsze skutki psychologiczne (Lis-Turlejska, 2008).

Psychologowie zajmujący się długotrwałymi skutkami doznanej w dzieciństwie traumy mówią o specyficznych cechach osobowości, które mogą się rozwinąć na bazie doświadczeń przemocy. Dla formującej się osobowości młodego człowieka pozostawanie w sytuacji chronicznego stresu (patologia rodzinna, mobbing rówieśniczy, wykluczenie społeczne) pełni funkcję formy, nadającej kształt tożsamości dziecka (Badura-Madej, Mesterhazy, 2000; Herman, 2004; Miller, 2006). Podstawową cechą łączącą ofiary przemocy w dzieciństwie jest ich niskie poczucie własnej wartości.

Lustro społeczne, które jest zaczątkiem obrazu Ja pokazując dziecku zniekształcone odbicie – utrwaliło w nim przekonanie o własnej niepełnowartościowości i wadach. Kolejną istotną cechą jest nieufność, lęk i dystans wobec innych. Wizja zagrażającego, nieprzewidywalnego świata wymaga ustawicznej czujności i gotowości obronnej. Osoby, które w dzieciństwie doznały przemocy fizycznej czy seksualnej często przejawiają skrajnie negatywny stosunek do własnego ciała karząc je poprzez okaleczanie czy drakońskie diety. Cierpienie usunięte za pomocą mechanizmów obronnych poza obszar świadomy może dawać o sobie znać w postaci chorób i zaburzeń (Miller, 2006). Wiele badań donosi o możliwości uznawania traumatycznych zdarzeń z dzieciństwa za czynnik etiologiczny niektórych zaburzeń psychicznych. Ich postacią to tendencja do uzależnień od środków psychoaktywnych, depresja, zaburzenia lękowe czy osobowość typu borderline (Lis-Turlejska, 2008). Brak przywiązania bezpiecznego lub jakiegokolwiek formy więzi może owocować wedle badaczy tego obszaru zakłóceniami w zakresie regulacji własnych emocji przez młodego człowieka, zaburzeniami w określaniu własnej tożsamości oraz pojawieniem się tendencji do zachowań agresywnych (Stawicka, Polaszewska-Nicke, 2009).

Należy wspomnieć tutaj, że czynnikiem mającym podstawowe znaczenie dla rozmiarów i trwałości skutków psychologicznych posiada typ stresora, który spowodował przeżycie traumatyczne. Konsekwencje dotyczące relacji interpersonalnych będą miały związek przede wszystkim z doświadczeniami urazowymi w kontaktach międzyludzkich.

Relacja intymna człowieka, który przeżył dużych rozmiarów traumę w dzieciństwie może być relacją skomplikowaną i kon-

fliktową. Utrata zaufania do ludzi i świata w dzieciństwie może owocować problemami w osiągnięciu satysfakcjonującego współżycia w partnerstwie i małżeństwie. Jako następstwo wykorzystania seksualnego może pojawić się brak jasnej tożsamości seksualnej (Bragiel, 1996; Herman, 2004; Miller, 2006). Niezaspokojona potrzeba relacji z osobą dorosłą owocuje często przetrwałym, dziecięcym pragnieniem takiego związku.

„Motorem intymnych związków ofiary jest rozpaczliwe pragnienie opieki i troski; hamowane zaś są one przez strach przed porzuceniem lub wykorzystaniem. Szukając ratunku, szuka potężnych autorytetów, wydaje mu się, że zapewnią one specjalny opiekuńczy związek. Idealizując osobę, do której się przywiązał, próbuje odstawić na bok ciągły strach przed dominacją czy zdradą” (Herman, 2004, str.121).

Analiza mechanizmów odpowiedzialnych za nieudane relacje intymne osób noszących w sobie traumę dzieciństwa wskazuje na tendencje do poniżania siebie, idealizowania partnera, trudności z ustalaniem adekwatnych granic w związku, podatność na wchodzenie w rolę ofiary.

Nieprawidłowe zachowania rodziców wobec dziecka wpływają na późniejsze jego trudności w funkcjonowaniu w roli rodzica. Są to:

- Nieumiejętność zaspokajania własnych potrzeb w akceptowalny społecznie sposób
 - Trudności w uświadamianiu i kontrolowaniu własnych emocji
 - Trudności w świadomym i dobrowolnym przyjęciu na siebie odpowiedzialności za własne dzieci
 - Nieumiejętność podejmowania decyzji jako konsekwencja skrajnej zależności
- Trudności z odroczeniem gratyfikacji (Helfer, 1976 za: Bragiel, 1996).

Wzór bycia krzywdzonym w dzieciństwie może znaleźć swoje piętno w dorosłości w postaci tendencji do autodestrukcji bardziej niż agresji. Zdarza się jednak również, że szczególnie mężczyźni mogą odtwarzać wzorzec prześladowcy z własnej przeszłości, wobec swoich dzieci. Pojawia się tutaj jako usprawiedliwienie własnych zachowań brutalnych- identyfikowanie się z agresorem, a więc rodzicielstwo będące powtórzeniem działań własnych rodziców. Nie zawsze jednak zgodnie z powszechnym przekonaniem o „pokoleniowym cyklu maltretowania” przeważająca większość poszkodowanych wykorzystuje, czy zaniedbuje własne dzieci. Od stopnia refleksyjności rodzica, jego temperamentu, rozmiarów przeżytego urazu zależy jego stosunek do własnych dzieci. Zdarza się również, że z lęku, aby nie doznawały one podobnych cierpień – rodzic stosuje całkowicie odmienną strategię wychowawczą. Istnieje jednak również wiele doniesień o skutkach zinternalizowania mechanizmu „identyfikacji ze sprawcą” i replikowaniu zachowań agresywnych z własnego dzieciństwa. Ogromną trudnością w podjęciu roli rodzicielskiej, realizowaniu kolejnych zadań rozwojowych jest podwójne Ja, dwójmyślenie oraz bagaż emocji negatywnych (Jona, 1997; Herman, 2004).

IV. Rozwój mimo przeciwności

Różnorodność reagowania dzieci na identyczne nawet stresory wiąże się z z ich indywidualnym rozumieniem zagrażającej sytuacji oraz znajdowaniem jej związku z własną osobą – słowem szacowaniem, na ile jest ona bezpośrednio niebezpieczna. Kolejnym różnicującym aspektem będzie indywidualny sposób radzenia sobie z objawami stresu wywołanymi tą sytuacją na poziomie fizjologicz-

nym i psychologicznym. Tym, co wpływa na odmienne reagowanie w formie oraz nasileniu objawów jest ponadto integracja traumatycznych zdarzeń z szerszym obrazem Ja (Cohen, Mannarino, Deblinger 2011). Na odmiennosc reagowania dzieci w sytuacji konfrontacji z masywnym stresorem wpływa w znacznym stopniu dostęp do wsparcia pochodzącego od rodziny i otoczenia społecznego.

Analizując konsekwencje przeżytej w dzieciństwie traumy dla dorosłego życia należy uwzględnić również różnice indywidualne oraz znaczenie czynników ochronnych. Koncepcje resilience oraz wzrostu potraumatycznego stwarzają nadzieję na dobry rozwój nawet w przypadku dzieci z traumatycznymi doświadczeniami.

Koncepcja salutogenezy Aarona Antonowskiego (Antonovsky, 1995) znajduje współcześnie swój rozwój i uaktualnienie w badaniach nad prężnością psychiczną (Garmezy, 1993; Werner, 2000; Richardson, 2002). Ten nurt myślenia o czynnikach i mechanizmach ochronnych wskazuje również szanse pomocy dla dzieci, młodzieży i młodych dorosłych. Badania nad prężnością psychiczną wskazują na ochronne znaczenie zasobów wewnętrznych jednostki (assets) oraz zasobów wsparcia społecznego (Zimmerman, Arunkumar, 1994; Constantine i in., 1999).

Badania nad dziećmi wywodzącymi się z niekorzystnych rozwojowo środowisk rodzinnych (ubóstwo, patologia społeczna, przestępczość) dowodzą, że nie wszyscy młodzi ludzie przeżywają zagrożenia w swoim życiu jako skrajną traumę (Constantine i in. 1999; Werner, 2000). Można wskazać mianowicie charakterystyki osobowe i relacyjne, które stanowią czynniki ochronne wobec ekstremalnie negatywnych przeżyć oraz dramatycznych zniszczeń. Badacze zjawiska prężności psy-

chicznej zajmujący się określaniem zasobów indywidualnych chroniących dziecko przed negatywnymi skutkami niepomyślności losu, wskazują na znaczenie prawidłowej więzi pomiędzy dzieckiem a stałym opiekunem szczególnie w pierwszym roku życia (Klohnen, 1996; Werner, 2000; Richardson, 2002). Tym, co uważane jest za istotną pomoc w powrocie do równowagi po traumatycznym przeżyciu, są zaufanie do ludzi oparte na bezpiecznym przywiązaniu oraz zdolność do emocjonalnej bliskości. Takie cechy jak wysoka sprawność procesów poznawczych, autonomia, wewnętrzne poczucie kontroli, dobre kompetencje społeczne oraz androgyniczność okazały się kluczowe dla pokonania stresu i uruchomienia zdolności samonaprawiania (a self-righting- tendency) (Garmezy, Rutter, 1983; Werner, 2000). Wyniki badań nad zjawiskiem resiliencji stanowią również wsparcie dla tworzenia programów promocji zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży oraz pomoc dla terapeutów pracujących z osobami po traumatycznych przeżyciach z okresu dzieciństwa (Opora, 2005; Ostaszewski, 2005, 2006).

Wiele badań prowadzonych w ostatnich latach nad zdrowiem i odpornością psychiczną podejmuje temat wzrostu potraumatycznego. Jest to zjawisko rozumiane jako doświadczenie znaczącej, pozytywnej zmiany w konsekwencji zmagania się z trudną, traumatyczną sytuacją życiową. Zmiana ta wiąże się z pogłębieniem relacji interpersonalnych, podwyższeniem wartości życia, większym docenieniem własnej siły i możliwości, często z przebudową systemu wartości i rozwojem duchowym (Tedeschi, Calhoun, 2007). Badania w zakresie wzrostu potraumatycznego obejmują dynamikę adaptacji do zmian życiowych po traumatycznym wydarzeniu. Dotyczą osób, które doświadczyły głębokiego,

emocjonalnie znaczącego wydarzenia o charakterze traumy, wymagającego psychicznego przystosowania.

„Wydaje się to być podstawowym paradoksem zauważanym przez osoby, które przeżyły traumę i opisują te aspekty wzrostu potraumatycznego – straty tworzą coś wartościowego(..) powszechnym tematem w doświadczeniu osób, które stawiały czoła poważniejszym wyzwaniom życiowym jest zwiększone poczucie własnych zdolności do przetrwania i zwycięstwa” (Tedeschi, Calhoun, 2007, s. 232).

Wizja świata i przekonania wpajane dziecku przez dorosłych w celu zapewnienia mu poczucia bezpieczeństwa, ulegają zniszczeniu w sytuacji doświadczanej traumy. Proces wzrostu potraumatycznego opiera się na poznawczym zaangażowaniu i przetwarzaniu pozwalającym na nowe spojrzenie na życie i formułowanie nowych celów. Dla uruchamiania dynamiki pozytywnych zmian adaptacyjnych jednostki istotne znaczenie ma społeczne wsparcie otoczenia. Jako czynniki wspierające proces wzrostu potraumatycznego wymieniane są otwieranie się, wsparcie i narracja. Możliwość podzielenia się dramatycznymi przeżyciami w atmosferze akceptacji i zrozumienia jest aspektem katalizującym proces wzrostu oraz zmniejszającym zagrożenie depresją (Tedeschi, Calhoun, 2007).

Podsumowując rozważania o możliwych konsekwencjach traumy dzieciństwa dla dalszego rozwoju osobowego warto wspomnieć koncepcję Erika Eriksona i odczytać ją w duchu psychologii pozytywnej (Czapiński, 2004). Dla optymalnego rozwoju człowieka najlepsze jest rozwiązanie każdego normatywnego kryzysu rozwojowego poprzez wybór pozytywnego bieguna. Jeśli jednak skutek niepo-

myślności losu dziecko nie zbliży się do takich wartości jak podstawowa ufność, autonomia, inicjatywa, pracowitość czy tożsamość – nie musi być to wyrok oznaczający brak szans na udane życie. Tym, co stanowić może wpływ modyfikujący będą zasoby własne, wsparcie środowiska oraz pomoc psychologiczna.

Streszczenie

Artykuł jest próbą uporządkowania wiedzy na temat znaczeniomasowego i chronicznego stresu doświadczanego przez dziecko dla jego dorosłego życia. Omówienie konsekwencji dziecięcej traumy dotyczy płaszczyzny neurobiologicznej, psychologicznej i społecznej.

Wpływ stresu na rozwój mózgu u dzieci badany był w ramach paradygmatu medycznego (Gil, 2006; Lauterbach, 2008) oraz w ujęciu teorii więzi (Braun, Helmke, Bock, 2009).

Konsekwencje psychologiczne uporządkowane zostały pod względem wpływu na formowanie się osobowości młodego człowieka, jego funkcjonowanie w relacjach intymnych oraz późniejsze pełnienie roli rodzica. Ponieważ pozostawanie w sytuacji chronicznego stresu (patologia rodzinna, bullying rówieśniczy, wykluczenie społeczne) pełni funkcję formy, nadającej kształt tożsamości dziecka – wpływa na powstawanie wielu nieprawidłowości w tym zakresie (Badura-Madej, Mesterhazy, 2000; Herman, 2004; Miller, 2006). Podstawową cechą łączącą ofiary przemocy w dzieciństwie jest ich niskie poczucie własnej wartości, nieufność, lęk i dystans wobec innych. Osoby, które w dzieciństwie doznały przemocy fizycznej czy seksualnej często przejawiają skrajnie negatywny stosunek do własnego ciała. Cierpienie usunięte za pomocą mechanizmów obronnych poza obszar świadomy może dawać o sobie znać w postaci chorób i zaburzeń (Bragiel, 1996;

Miller, 2006). Relacja intymna człowieka, który przeżył dużych rozmiarów traumę w dzieciństwie może być relacją skomplikowaną i konfliktową. Analiza mechanizmów odpowiedzialnych za nieudane relacje intymne osób noszących w sobie traumę dzieciństwa wskazuje na tendencje do poniżania siebie, idealizowania partnera, trudności z ustalaniem adekwatnych granic w związku, podatność na wchodzenie w rolę ofiary. Ogromną trudnością w podjęciu roli rodzicielskiej, realizowaniu kolejnych zadań rozwojowych jest podwójne Ja, dwójmyślenie oraz bagaż emocji negatywnych (Jona, 1997; Herman, 2004).

Analizując konsekwencje przeżytej w dzieciństwie traumy dla dorosłego życia należy uwzględnić również różnice indywidualne oraz znaczenie czynników ochronnych. Koncepcje resilience oraz wzrostu potraumatycznego stwarzają nadzieję na dobry rozwój nawet w przypadku dzieci z traumatycznymi doświadczeniami (Garmezy, Rotter, 1983; Zimmerman, Arunkumar, 1994; Constantine i in., 1999; Werner, 2000).

Słowa kluczowe: dzieciństwo, przeżycie traumatyczne, rozwój

Summary

The article is a summary of knowledge about the influence of massive and chronic stress experienced by the child for his/her life. It concerns a discussion about neurobiological, psychological and social consequences of children's trauma.

Influence of stress on child's brain development has been researched within the medical paradigm (Gil, 2006; Lauterbach, 2008) and in the theory of attachment (Braun, Helmke, Bock, 2009). Psychological consequences have been regularized in the following

aspects: influence on personality formation of young person, influence on his/her functioning in the intimate relation and in the parental role. A situation of chronic stress (pathological family, bullying, social exclusion) has a function of shaping form for identity of the child. This form can effect with many disturbances and irregularities in the personality building (Badura-Madej, Mesterhazy, 2000; Herman, 2004; Miller, 2006). Low self-esteem, distrust, anxiety and distance to the other are very often consequences of massive and chronic stress experienced by the child. People who have experienced physical or sexual violence in their childhood exhibit very often extremely negative attitude toward their own body. Suffering removed by defense mechanisms under the consciousness may manifest itself in the form of diseases and disorders (Bragiel, 1996; Miller, 2006). Adult intimate relationship can be complicated and conflicting relationship with the tendency to self – humiliating, idealizing of a partner, proneness to getting into the role of victim and difficulties inputting adequate borders in the relation. The great difficulty in the parental role taking is a double I, double- thinking, and the baggage of negative emotions (Jona, 1997; Herman, 2004).

Individual differences and the importance of protective factors should be also taken into account. The concepts of resilience and post-traumatic growth create hope or a good development, even in the case of children with traumatic experiences (Garmezy, Rutter, 1983; Zimmerman, Arunkumar, 1994; Constantine i in., 1999; Werner, 2000; Opora, 2005.)

Key words: childhood, traumatic experience, development

Iwona Sikorska
Instytut Psychologii Stosowanej
Uniwersytet Jagielloński,
Ul. Łojasiewicza 4
30 - 348 Kraków
e-mail: i.sikorska@uj.edu.pl
tel. 508 397 880

Bibliografia

1. Ahnert, L. (2010). *Wieviel Mutter braucht ein Kind? Bindung-Bildung-Betreuung: oeffentlich und privat*. Heidelberg: Spektrum, Akademischer Verlag
2. Antonovsky, A. (1995). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Fundacja IPN
3. Badura-Madej, W., Mesterhazy, A. (2000). *Przemoc w rodzinie. Interwencja kryzysowa i psychoterapia*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego
4. Braun, K., Helmke, C., Bock, J. (2009). *Bindung und der Einfluss der Eltern-Kind-Interaktion auf die neuronale Entwicklung praefrontaler und limbischer Regionen: Tierexperimentelle Befunde*. [in]: K.H. Brisch, Th. Hellbruegge (Ed.). *Wege zu sichere Bindungen in Familie und Gesellschaft*, s.52-79). Stuttgart: Klett-Cotta
5. Bragiel, A. (1996). *Zrozumieć dziecko skrzywdzone*. Studia i monografie, nr 237. Opole: Uniwersytet Opolski
6. Cohen, J.A., Mannarino, A.P., Deblinger, E. (2011). *Terapia traumy i traumatycznej żałoby u dzieci i młodzieży*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego

7. Constantine, N., Benard, B., Diaz, M. (1999). Measuring protective factors and resilience traits in youth: The Healthy Kids Resilience Assessment. *American Psychologist*, 55, p.647-654.
8. Czapiński J. (2004). Psychologiczne teorie szczęścia. W: *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*, Czapiński J., (red.). Warszawa: PWN
9. Czyż E., Szamańska J. (1995). *Dziecko krzywdzone*. Warszawa: KOPD
10. Erikson E. (2004). *Tożsamość a cykl życia*. Poznań: Zysk i S-ka
11. Fergus S, Zimmerman M.A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health* 2005; 26: 399-419.
12. Ford, J.D. (2010). *Posttraumatic Stress Disorder. Scientific and Professional Dimensions*. Amsterdam, Boston, Oxford: Elsevier Academic Press
13. Garnezy N. (1993). Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry* 1993, nr 56. 127–136
14. Garnezy N., Rutter M. (1983). *Stress, Coping, and Development in Children*. New York: McGraw
15. Gaś, Z. (1994). *Rodzina a uzależnienia*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
16. Gil. E. (2006). *Helping Abused and Traumatized Children. Directing and Nondirecting Approaches*. New York, London: The Guilford Press
17. Greenstone, J.L., Leviton, S.C. (2004). *Interwencja kryzysowa*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne
18. Herman, J.L. (2004). *Przemoc, uraz psychiczny i powrót do równowagi*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne
19. Jona, I. (1997). Zespół stresu pourazowego u dorosłych dzieci alkoholików. W: D. Kubacka-Jasiecka, A. Lipowska-Teutsch (red.) *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej*. s. 63-73. Kraków: Wydawnictwo ALL
20. Jundził, I. (1993). *Dziecko - ofiara przemocy*. Warszawa: WSiP
21. Klohnen, E. (1996). Conceptual Analysis and Measurement of the Constant of Ego-Resiliency. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol.70, No. 5, 1067-7109
22. Kubacka-Jasiecka, D. (2010). *Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach psychologicznych*. Warszawa: Wydawnictwa Profesjonalne i Akademickie
23. Lauterbach, R. i in. (2008). Zastosowanie tlenu i powietrza w resuscytacji noworodka po urodzeniu, aktualne poglądy, zalecenia. *Medycyna Wieku Rozwojowego*, 2008, XII, 4, cz. I; 857-861
24. Lipowska-Teutsch A. (1995). *Rodzina a przemoc*. Warszawa: PARPA,
25. Lis-Turlejska, M. (2002). *Stres traumatyczny. Występowanie, następstwa, terapia*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”
26. Lis-Turlejska, M. (2008). Psychologiczne następstwa stresu traumatycznego. W: H. Sęk (red). *Psychologia kliniczna*. Str.120-133. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN
27. Margolis, A. (1999). *Zespół Dziecka Maltretowanego*. Warszawa: WSiP
28. Miklewska, A. (2000). Związek temperamentu z zachowaniami

- agresywnymi i zagrożeniem uzależnieniem od alkoholu w świetle regulacyjnej teorii temperamentu J. Strelaua: Sprawozdanie z badań, „Przegląd Psychologiczny”, 43, s. 173-190.
29. Miller, A. (2006). *Bunt ciała*. Poznań: Media rodzina
30. Murphy, A. Moriarty (1976). *Vulnerability, coping, and growth from infancy to adolescence*. New Haven: CT, Yale University Press
31. Opora, R. (2005). Praktyczne implikacje wynikające z badań nad odpornością psychiczną u dzieci i młodzieży. *Studia Gdańskie*. t. V, 97–108. Gdańsk: Gdańska Wyższa Szkoła Humanistyczna
32. Ostaszewski, K. (2005). Druga strona ryzyka. *Remedium* nr 2 (144), 1-3
33. Ostaszewski K. (2006). Pozytywna profilaktyka. *Świat Problemów*. 3 (158): 6–10.
34. Pacewicz, A. (1992). *O nadużyciach seksualnych wobec dzieci*. Warszawa: IPZiT
35. Pospiszył, I. (2000). *Przemoc w rodzinie*. Warszawa: WSiP
36. Richardson G.E. (2002). The Metatheory of Resilience and Resiliency. *Journal of Clinical Psychology*. Vol. 58(3). 307-321
37. Stawicka, M., Polaszewska-Nicke, M. (2009). Jakość przywiązania w etiologii zachowań agresywnych. W: B. Gulla, M. Wysocka-Pleczyk (red). *Przestępczość nieletnich*. s. 147-161. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego
38. Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G. (2007). Podejście kliniczne do wzrostu po doświadczeniach traumatycznych. W: P.A. Lindley, S. Joseph (red.). *Psychologia pozytywna w praktyce*. Warszawa: PWN
39. Thomas A., Chess, S. (1989), *Temperament and personality*, In: G.A. Kohnstamm, J.E. Bates, M.K. Rothbart (Eds.), *Temperament in childhood*, Chichester, s. 249-261.
40. Tugade, M.M., Fredrikson, B.L., Feldman Barrett, L. (2004). Psychological resilience and positive emotional granularity: examining the benefits of positive emotions on coping and health. *Journal of Personality*, 72: 6
41. Werner, E.E. (2000). Protective factors and individual resilience. In: *Handbook of Early Childhood Intervention*. Second edition, Shonkoff JP, Meisels SJ (Eds.), Cambridge University Press; 115–132.
42. Zimmerman M.A., Arunkumar R. (1994). Resiliency Research: Implications for Schools and Policy. *Social Policy Report: Society for Research in Child Development*, 8(4), 1-18