

EWĄ KARMOLIŃSKĄ-JAGODZIK

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

ORCID: 0000-0001-6076-8087

Pomoc psychologiczna dla młodzieży doświadczającej traumy szokowej i traumy relacyjnej

Streszczenie. Zgodnie z danymi pochodzącymi z badań naukowych na całym świecie oraz z raportów o zdrowiu psychicznym współczesnej młodzieży, można zauważyć, że z jednej strony coraz częściej młodzi ludzie doświadczają zdarzeń mających znamiona traumatycznych, ale z drugiej strony są coraz gorzej wyposażeni w takie kompetencje, które pozwoliłyby im poradzić sobie z tymi doświadczeniami. Wiedza na temat specyfiki zaburzeń związanych z traumą szokową oraz traumą relacyjną, w wyniku których może pojawić się PTSD lub Complex PTSD, jest istotną kwestią w kontekście kompetencji nauczycieli i tego, w jaki sposób rozpoznają powyższe zaburzenia, by móc w sposób profesjonalny udzielać wsparcia młodym osobom w szkole, by w efekcie nie doprowadzić do retraumatyzacji, a raczej wspierać ich w tzw. wzroście posttraumatycznym.

Słowa kluczowe: trauma szokowa, trauma relacyjna, pomoc psychologiczna, młodzież szkolna

Psychological Help for Adolescents Experiencing Shock Trauma and Relational Trauma

Abstract. According to data from research studies around the world and from reports on the mental health of young people today, it can be observed that, on the one hand, young people are increasingly experiencing traumatic events, but, on the other hand, they are increasingly ill-equipped with the kind of competences that would allow them to cope with these experiences. Knowledge of the specifics of shock trauma and relational trauma disorders, which can result in PTSD or Complex PTSD, is an important issue in terms of teachers' competences and how they recognise these disorders in order to be able to support young people in a professional manner at school, so as not to retraumatise them, but rather to support them in their so-called post-traumatic growth.

Keywords: shock trauma, relational trauma, psychological help, school adolescents

Wprowadzenie

Problem traumatyzacji w ostatnim dziesięcioleciu nabrał ogromnego znaczenia zarówno na niwie pracy z osobami dorosłymi, jak i w pracy z dziećmi czy młodzieżą. Można by się zastanowić, jaka jest przyczyna tak szerokiego rozpowszechnienia tego zagadnienia i zainteresowania nim naukowców na całym świecie. Jak mawiali Laurence Heller i Aline LaPierre (2018): „Osoby strauumatyzowane, to do pewnego stopnia każdy z nas”. Okazuje się, że przyglądając się życiu poszczególnych osób zgłaszających problemy natury psychicznej, prędzej czy później w narracji tych osób rozpoznajemy objawy przeżytej traumy albo szokowej, albo rozwojowej, a często jednej i drugiej, które występują jako niezależne zaburzenia lub w postaci objawów maskujących inne choroby bądź zaburzenia, dlatego tak trudna jest diagnoza.

Współczesna młodzież doświadcza wielu przykrych zdarzeń zarówno losowych, normatywnych, jak i tych, które są następstwem opisanego świata VUCA, w którym „[...] jedynym stałym elementem są zmiany” (Lawrence 2013). Skrót VUCA oznacza: *Volatility* – zmienność, *Uncertainty* – niepewność, *Complexity* – złożoność i *Ambiguity* – niejednoznaczność. Świat, w którym partycypuje dzisiejsza młodzież, to świat trudny do przewidzenia i pełen niespodziewanych zmian rzeczywistości. Badanie „Młode Głowy. Otwarcie o zdrowiu psychicznym” (Flis, Dębski 2023) pokazało najczęstsze problemy polskiej młodzieży oraz wykazało kluczowe kompetencje, jakie należy wspierać. Do najbardziej pożądanых należą kompetencje interpersonalne, społeczne, związane ze współpracą, umiejętnością wyciszenia, skupienia uwagi, radzenia sobie z trudnościami i zarządzania emocjami oraz stresem. Wyniki powyższych badań wskazują, że dzieci i współczesna młodzież charakteryzuje się niskim poczuciem sprawczości, poczuciem osamotnienia, posiadają skrajnie niską samoocenę. Zgodnie z pozyskanymi podczas badania danymi to młodzież w wieku 18–24 lat zdecydowanie częściej odczuwa negatywne emocje niż cała populacja Polski. Rozdrażnienie było najczęściej rozpoznawanym przez nich stanem, a prawie trzy czwarte badanych (72%) często odczuwało zdenerwowanie. Zniechęcenie, znużenie odczuwało według deklaracji 62% młodzieży, a bezradność 57%. Ponad połowa osób badanych czuła się nieszczęśliwa (51%) lub była wściekła (47%). Wskazane odczucia mogą być również objawami przeżytej traumy.

W doświadczeniu tak trudnych stanów i przeżyć traumatycznych istotnym czynnikiem jest zwrócenie uwagi na fakt, że zaburzenia związane ze stresem (w tym traumą) związane są bezpośrednio z ekspozycją na działanie stresującego lub traumatycznego wydarzenia albo niekorzystnych doświadczeń. Nie u wszystkich osób narażonych na działanie czynnika stresowego rozwinię się Zespół Stresu Pourazowego (PTSD) czy Złożony Zespół Stresu Pourazowego (C-PTSD). Jednak zauważyć należy, że osoby, u których zdiagnozowano PTSD lub C-PTSD, musiały być wystawione na działanie stresującego lub traumatycznego wydarzenia lub serii takich wydarzeń (Gałęcki, Szulc 2023).

Trauma szokowa a trauma relacyjna

Pojęcie trauma pochodzi z języka greckiego i oznacza ranę/uraz, a więc odnosi się do skutku przykrego wydarzenia. Oprócz takiego znaczenia (subiektywne doświadczenie osoby z urazem psychicznym), można też spotkać się z użyciem słowa „trauma” w sensie samego zdarzenia, które uznaje się jako obiektywnie traumatyzujące. Nie jest więc jasne, czy „posiadanie traumy” oznacza udział w określonym wydarzeniu czy specyficzny sposób reakcji – przeżycia lub psychicznego przetwarzania owe go wydarzenia (Pietkiewicz, Tomalski 2018). Coraz częściej jednak uznajemy, że doświadczanie traumy jest subiektywnym odczuciem obiektywnych zdarzeń. Według ICD10/11 (*International Classification of Diseases*) psychotrauma oznacza: „zdarzenie obciążające lub sytuację nadzwyczajnego zagrożenia, lub o rozmiarach katastrofy (krótkie lub utrzymujące się przez dłuższy czas), które u niemal każdego wywołałaby głęboką rozpacz” (1980).

W pracy z młodzieżą doświadczającą sytuacji stresowych, w wyniku których może pojawić się zaburzenie stresu pourazowego (PTSD), należy wziąć pod uwagę subiektywny charakter tych zdarzeń jako traumatycznych. Stres szkolny definiowany jest przez każdego ucznia indywidualnie, gdyż różny jest stopień podatności oraz reakcje na napięcie. Można dostrzec jednak najczęstsze źródła stresu, do których, w pierwszej kolejności, należy sama szkoła oraz zjawiska w niej zachodzące. Anna Siudem (2008, s. 291–293) wykazuje, że najczęstsze przyczyny stresu szkolnego to: zatłoczenie (wywołujące agresję), hałas (traktowany jako zagrożenie), presja uzyskiwania dobrych wyników w nauce, naciski ze strony dorosłych (rodziców, nauczycieli) i rówieśników, obojętny system szkolny, nieuwzględniający indywidualnych potrzeb uczniów, zjawiska patologiczne (np. przemoc).

Trauma jest doświadczeniem głęboko zakorzenionym w ludzkiej psychice, pozostawiającym ślady zarówno na poziomie emocjonalnym, jak i somatycznym. Współczesna psychotraumatologia wypracowała różnorodne koncepcje pozwalające na rozumienie i klasyfikowanie tego zjawiska, z których szczególnie istotne są dwie kategorie: trauma szokowa i trauma relacyjna. Oba te typy traumy różnią się pod względem mechanizmów powstawania oraz długofalowych skutków dla funkcjonowania jednostki, co czyni je przedmiotem intensywnych badań i refleksji klinicznej.

Zgodnie z typologią traumy według Lenore Ter (1991), możemy wyodrębnić traumę typu I, w wyniku której może pojawić się PTSD, oraz traumę typu II, której konsekwencją może być C-PTSD.

Trauma szokowa, wynikająca z nagłych, ekstremalnych wydarzeń, takich jak katastrofy, wypadki czy napaści, odzwierciedla reakcję organizmu na sytuacje bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia. Rozmowa na temat przeżytego zdarzenia jest możliwa, objawy są przeważnie klarowne, a wspomnienia bardzo żywe. Może pojawić się PTSD pełnoobjawowe.

Główną doświadczaną emocją jest lęk, możemy również założyć dobre rokowanie co do leczenia.

W przeciwieństwie do niej trauma relacyjna rozwija się powoli, w ramach długotrwałych relacji międzyludzkich, zwłaszcza tych nacechowanych przemocą, zaniedbaniem czy brakiem bezpiecznego przywiązania. Jest to zazwyczaj seria połączonych ze sobą zdarzeń lub długotrwałe, powtarzających się doświadczeń traumatycznych. Najczęściej należą do niej takie zdarzenia, jak:

- Przemoc fizyczna lub seksualna w dzieciństwie.
- Długotrwałe doświadczenia przemocy ze strony drugiego człowieka. Są to doświadczenia nieupubliczniane, podczas których często zaprasza się ofiarę, by utrzymywała zdarzenie w tajemnicy, pod groźbą zagrożenia niebezpieczeństwem dla danej osoby lub jej bliskich.

Objawami doświadczanej traumy rozwojowej są:

- rozmyte, niewyraźne wspomnienia,
- silna tendencja do dysocjacji,
- zaburzenia więzi,
- pojawia się złożone PTSD. Głównymi emocjami są emocje wtórne (np. wstyd, obrzydzenie) – terapia jest znacznie trudniejsza.

Często występuję współchorobowość, ujmowana według Marca Schmida (2008) jako mniej oczywiste symptomy traumy:

- zaburzona zdolność do empatii,
- zaburzenia kontroli impulsów samoregulacji, tolerancji na stres,
- zdolność do dysocjacji i postrzegania zmysłowego,
- zaburzenia postrzegania swojego ciała, cielesnego Ja,
- somatyzacja,
- zaburzenia więzi,
- zaburzenia interakcji,
- pobudzenie,
- intruzje, unikanie,
- brak poczucia własnej wartości,
- poczucie braku sprawczości,
- zaburzenia regulowania emocji,
- zaburzenia funkcji poznawczych,
- mniej kompetencji społecznych (Schmid 2008).

PTSD a C-PTSD

W wyniku zdarzeń traumatycznych u młodego człowieka może rozwinąć się Zaburzenie Stresu Pourazowego (PTSD) lub w wyniku trwałych, chronicznych zdarzeń traumatycznych bądź braku niezaspokajania potrzeb przez osoby bliskie

może pojawić się Złożone Zaburzenie Stresu Pourazowego (C-PTSD). Oba te zaburzenia występują bardzo często wśród młodzieży szkolnej. Badania epidemiologiczne pokazują, że dzieci powszechnie spotykają się z jakimś rodzajem sytuacji mogących wywołać u nich poczucie poważnego zagrożenia, łącznie z traumą. W zależności od tego, jaką metodologię się przyjmuje, odsetek osób raportujących doświadczenia traumatyczne w okresie dzieciństwa i dorastania waha się od około 25% do 70%. Przykładowo, duże badanie opublikowane w „The Lancet Psychiatry” (Lewis i in., 2019) wykazało, że 31% badanych osiemnastolatków żyjących w Wielkiej Brytanii pamiętało traumatyczną sytuację w dzieciństwie. Brak jest danych o powszechności traumy dziecięcej w Polsce, dostępne są jedyne badania dotyczące dorosłych (Rzeszutek i in., 2023), według których 60% badanych dorosłych Polaków doświadczyło jakiegoś potencjalnie traumatycznego zdarzenia w ciągu życia, przy czym około 7% wskazało, że przyczyną tą było nadużycie w dzieciństwie.

Następstwa toksycznego stresu [trwającego wiele lat, w wieku dziecięcym, w wyniku toksycznych relacji z opiekunem – przyp. aut.] obejmują obszary poznawcze, emocjonalne i społeczne oraz kontroli zachowania. W szkole można zaobserwować pogorszenie kompetencji poznawczych powodujące trudności w nauce. Słabsza kontrola uwagi i zachowania powoduje ryzyko wystąpienia problemów behawioralnych. Wśród dzieci wychowywanych w zagrażającym środowisku notuje się zwiększony odsetek zaburzeń psychicznych, trudności interpersonalnych i zachowań przestępczych (Jezierski 2024).

W związku z powyższym tak istotnym jest rozpowszechnianie wiedzy dotyczącej kryteriów diagnostycznych PTSD oraz C-PTSD.

Kryteria – PTSD

Zgodnie z klasyfikacją ICD-11, zespół stresu pourazowego jest opisany w bloku L1-6B4, a dokładnie jako 6B41. Może on się rozwinąć w następstwie narażenia na niezwykle zagrażające wydarzenia lub serię wydarzeń.

Do głównych objawów PTSD należą:

- Ponowne doświadczania zdarzenia urazowego w teraźniejszości poprzez intruzywne wspomnienia, którym towarzyszy lęk lub przerażenie, flashbacki, koszmary senne.
- Unikanie bodźców kojarzonych z urazowym wspomnieniem, np. miejsc, myśli, uczuć, ludzi, a także sytuacji i czynności przypominających o zdarzeniu.
- Objawy poczucia zagrożenia doświadczane w teraźniejszości, wyrażające się nadmierną czujnością, drażliwością, przesadnymi reakcjami na niespodziewane bodźce, np. kichnięcie, nieoczekiwany hałas. Odczuwane nadmierne pobudzenie prowadzi do trudności z zasypianiem, pamięcią i koncentracją.

Termin „zespół stresu pourazowego” został po raz pierwszy sformułowany po wojnie wietnamskiej i stał się powszechnie stosowany w 1980 roku po wpisaniu go do trzeciego wydania Diagnostycznego i statystycznego podręcznika zaburzeń psychicznych DSM-III (Third edition (DSM-III), 1980).

Jednak już w starożytności Homer (2000) opisywał nawracające wspomnienia wojenne, których doświadczył Odys. Pierwsze medyczne obserwacje PTSD pochodzą z okresu wojny secesyjnej, kiedy to lekarz Jacob Mendez Da Costa obserwował walczących żołnierzy, u których występowało pobudzenie układu autonomicznego, w tym przyspieszona praca serca. Jednak psychiczne objawy zostały rozpoznane znacznie później. Zygmunta Freud dopatrywał się przyczynистерии w traumach psychicznych. W późniejszych latach analizowano wpływ prześladowań nazistowskich na stan psychiczny i somatyczny ludzi. Rozpoznawane objawy nosiły wówczas określenie „KZ-syndrom, czyli astenia postępująca (Birmes, Hatton, Brunet, Schmitt 2003).

Podatność zachorowań na PTSD

Zaburzenie stresowe pourazowe nie jest prostą konsekwencją przebytego urazu. Tylko 7–25% osób, które doznały silnej traumy, mają objawy PTSD, ale blisko połowa osób z PTSD choruje jednocześnie lub chorowała w przeszłości na inne zaburzenia psychiczne, szczególnie na zaburzenia lękowe i choroby afektywne, depresję, dystymię. Wystąpienie tych zaburzeń w przeszłości jest nie tylko istotnym czynnikiem wystąpienia PTSD, ale wskazuje na prawdopodobieństwo nasilenia objawów. Istnienie czynnika rodzinnego w pojawianiu się PTSD (przekazywanie podatności międzypokoleniowej, która odbywa się na drodze wychowania i doświadczeń społecznych) wskazuje często na konieczność terapii systemowej. Ponadto zauważono, że istnieje czynnik genetyczny, stwierdzony m.in. w badaniach korelacji występowania tego zaburzenia u bliźniąt jedno- i dwujajowych. Kobiety nawet dwukrotnie częściej chorują na PTSD niż mężczyźni (Gałęcki, Szulc 2023).

Complex PTSD

Złożony zespół stresu pourazowego (Complex PTSD lub C-PTSD) jest jedną z najmłodszych jednostek diagnostycznych w psychoterapii. Proponenci wyodrębnienia C-PTSD z PTSD uzasadniają je różnicą w temporalności i intensywności doświadczeń traumatycznych wyzwalających oba syndromy. Do czasu wydania DSM-5 doświadczenia traumatyczne wywołujące PTSD definiowano jako jednostkowe, podczas gdy wiele osób, szczególnie dzieci i nastolatki, wykazywało symptomy PTSD pomimo braku dającego się jednoznacznie wskazać w historii życia traumatyzującego zdarzenia lub

sekwencji zdarzeń. Symptomy manifestowały się jednak jako efekt długotrwałych i powtarzalnych sytuacji, np. zaniedbania, prześladowania, przemocy domowej, lub wynikały z kumulacji różnicowanych i wielokrotnych doświadczeń traumatycznych przeżytych przez dziecko w różnych okresach rozwojowych (Cook *et al.* 2005).

C-PTSD objawia się poprzez symptomy typowe dla PTSD, które jest rezultatem intensywnego i długotrwałego doświadczenia stresu psychicznego, wywoławanego bezpośrednim doświadczeniem lub byciem świadkiem wewnętrznych lub zewnętrznych sygnałów emocjonalnych symbolizujących lub przypominających aspekt zdarzenia traumatycznego (North 2009; DSM-5-TR wyd. 2022).

C-PTSD jest więc nowym zaburzeniem diagnostycznym, które po wielu latach starań zostało uznane i wpisane do nowej edycji ICD-11 (Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób). Jak sama nazwa wskazuje, Complex PTSD nawiązuje do wielorakich traum, które tworzą Złożony Zespół Stresu Pourazowego. Złożoność ta wynika z powtarzających się traumatycznych doświadczeń zaznanych głównie w relacji z rodzicami/opiekunami na wczesnych etapach życia, gdy układ nerwowy nie jest w pełni ukształtowany. C-PTSD łączy zarówno cechy zaburzenia stresu pourazowego (PTSD), jak i zaburzenia osobowości.

Dość często zdarza się, że osoby z C-PTSD otrzymują błędne diagnozy m.in.: zaburzenia lękowe, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, depresja, choroba dwubiegunowa lub zaburzenia osobowości, np. borderline. Niekiedy nieprawidłowo postawiona jest diagnoza schizofrenii tylko dlatego, że ktoś słyszy głosy. Słyszenie głosów charakterystyczne jest również dla dysocjacji strukturalnej (trwały podział osobowości wskutek sytuacji urazowej, czego efektem jest brak integracji między psychobiologicznymi systemami tworzącymi osobowość. Dysocjacyjne zaburzenia tożsamości, wcześniej określane jako osobowość mnoga w DSM-5 i częściowe dysocjacyjne zaburzenia tożsamości w ICD-11, która występuje czasami u osób z C-PTSD, a częściej w dysocjacyjnych zaburzeniach tożsamości. Uznanie Complex PTSD daje nowe spojrzenie i możliwości pomocy osobom. Praca terapeutyczna wymaga wiedzy i praktyki ukierunkowanej na pracę z traumą.

W jaki sposób dochodzi do powstania Complex PTSD?

Na wczesnych etapach życia, gdy jeszcze nie wykształciła się osobowość, dzieci doświadczały sporo krzywd od bliskich, od których naturalnie były zależne. Ponieważ źródłem zagrożenia byli rodzice, którzy krytykowali, wymagali, odrzucali, stosowali przemoc, dzieci nie mogły doświadczyć dostrojenia i poczuć się bezpiecznie. Aby wytrwać w tych trudnych warunkach, musiały uruchomić szereg mechanizmów obronnych. Jednym z tych mechanizmów jest dysocjacja. Jest ona charakterystyczna dla C-PTSD i wymaga szczególnej uwagi w pracy terapeutycznej.

Dysocjacja pomaga dziecku radzić sobie z przytłaczającymi emocjami m.in. poprzez odcięcie się od siebie i swojego ciała. Do dysocjacji dochodzi, gdy dziecko nie może walczyć z rodzicem, gdyż on jest silniejszy i ma władzę; nie może też uciec, nie ma gdzie, a to przeraża, przeraża też myśl, że rodzic jest „zły”. Dziecko nie może uznać tej myśli, gdyż ona wzmacnia jego strach związany z przetrwaniem i zagraża więzi, która jest niezbędna do przeżycia. Dziecko znajduje się w sytuacji bez wyjścia i to, co mu zostaje, to uciec od siebie, a także wziąć winę na siebie i próbować się zmienić, wchodząc w różne role. Dziecko nie doświadcza bezwarunkowej miłości, co tworzy u niego niskie poczucie własnej wartości i wstydu.

Kryteria Complex PTSD

Diagnoza Złożonego PTSD zawiera dwie grupy objawów. Pierwsza dotyczy spełnienia wszystkich kryteriów PTSD (Zespół Stresu Pourazowego), a druga zaburzeń w organizacji *self*.

Kryteria dotyczące organizacji *self* obejmują również trzy grupy objawów:

1. Dysregulacja afektu – dotyczy braku zdolności do regulowania silnych stanów emocjonalnych, a także trudności z odczuwaniem emocji.
2. Negatywny obraz siebie – utrwalone, negatywne przekonania na swój temat wraz z uczuciami wstydu, winy lub porażki.
3. Zaburzenia w relacjach – trwałe trudności w nawiązywaniu i utrzymywaniu bliskich relacji.

Przyglądając się kryteriom C-PTSD trudno nie zauważyć, że traumatyczne przeżycia doświadczone w okresie rozwojowym są dość złożone, gdyż wpływają nie tylko na pojawienie się PTSD, ale również mają wpływ na rozwój całej osobowości.

Edukacja sformalizowana niestety kładzie w głównej mierze nacisk na rozwój kompetencji poznawczych, rzadko nadal uwzględniając potrzebę rozwoju kompetencji społecznych i emocjonalnych. Osoby z C-PTSD, które muszą funkcjonować w systemie edukacyjnym, są w taki sam sposób traktowane jak osoby bez zaburzeń, ale ich możliwości poznawcze są często obniżone w stosunku do ich własnego potencjału i zdolności rówieśników, jednak oczekiwania są podobne, co prowadzić może do retraumatyzacji i obniżenia poczucia własnej wartości. Podejmując rozważania natury hipotetycznej, warto byłoby zastanowić się nad zamianą paradygmatu edukacyjnego z takiego, który traktuje wszystkie osoby tak, jakby nie doświadczyły traumy, na podejście bardziej humanistyczno-egzystencjonalne, podchodząc do wszystkich uczniów z odpowiednią wrażliwością, zrozumieniem i godnością?

Pomoc psychologiczna w terapii traumy i fazy powrotu do zdrowia

Obecnie nowoczesna terapia traumy odbywa się zazwyczaj w ramach starannie przygotowanego, ustrukturyzowanego procesu terapeutycznego (Schäfer, Hopchet, Vandamme, Ajdukovic, El-Hage, Egreteau i in. 2018).

Zalecanymi formami terapii są:

- Terapia poznawczo-behawioralna (CBT) oraz wywodzące się z nurtu poznawczo-behawioralnego: krótkoterminowa terapia eklektyczna PTSD (BEPP, *Brief Eclectic Psychotherapy for PTSD*) (Nijdam, Meewisse, Gersons, Olf 2011).
- Terapia przetwarzania poznawczego (CPT) (Resick, Monson, Chard 2019).
- Przedłużona ekspozycja (van Minnen, Harned, Zoellner, Mills 2012).
- *EMDR Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (Willson 2018, za: Shapiro 1998; Parnell 2003).
- PITT (Psychodynamiczna wyobrażeniowa terapia traumy; Reddemann 2003).
- CIPBS (*Conflict Imagination, Painting and Bilateral Stimulation*; Diegelmann 2006).
- *Trauma and Tension Realising Exercises* (TRE) (Berceli 2011).
- NARM (*NeuroAffectif Relation Model*), którego twórcą są Heller, LaPierre (2018).

W leczeniu PTSD można wyodrębnić kilka faz:

Fazy powrotu do zdrowia w przypadku wystąpienia PTSD (Gałęcki, Szulc 2023):

1. Faza zagrożenia lub wołania o pomoc. To moment, w którym osoba po ekspozycji na bodziec stresowy nadal czuje się zagrożona, pomimo faktu, że ten bodziec przestał już działać. Występują nadal wszystkie fizjologiczne objawy stresu i działania osi HPA. Gdy poczucie zagrożenia ustępuje, pojawia się poczucie ulgi i dezorientacji oraz rozważania na temat przyczyn i konsekwencji traumatycznego doświadczenia.
2. Faza wypierania i emocjonalnego odrętwienia. Służy ochronie przed traumatycznymi wspomnieniami w celu redukcji lęku i reakcji stresowej. Niezbędna jest pomoc specjalisty, bez której może dojść do ryzyka pozostania w tej fazie.
3. Faza natrętnych nawrotów. Występują wymienione powyżej objawy: koszmary senne, wahania nastroju itd. W tym momencie ofiara traumy zwraca się o pomoc lub pogrąża się w degradacji psychicznej.
4. Faza refleksyjno-przejęciowa. W tej fazie pojawia się szersze spojrzenie na traumatyczne doświadczenie, w konsekwencji czego może dojść do pojawienia się bardziej pozytywnej i konstruktywnej postawy, w której przyszłość dominuje nad przeszłością.
5. Faza integracji. Pozwala na zintegrowanie doświadczenia traumy z innymi aspektami przeszłości, co umożliwia poczucie ciągłości życia w czasie, która stanowi istotny aspekt poczucia własnej tożsamości.

Podsumowanie

Młody człowiek, uczeń doświadczający w dzisiejszych czasach szeregu doświadczeń traumatycznych, które niewątpliwie wpływają na jego funkcjonowanie poznawcze, społeczne i emocjonalne, wymaga specjalnego traktowania i podejścia ze strony mądrego dorosłego, który będzie nie tylko wiedział, jak rozpoznać zaburzenia traumatyczne, ale będzie potrafił oddzielić je od innych trudności czy zaburzeń, a przede wszystkim dorosłego, który stanowić będzie bufor dla jego trudnych doświadczeń. Od współczesnego nauczyciela wymaga się coraz więcej kompetencji, wiedzy i umiejętności, bo też coraz częściej w szkołach pojawiają się uczniowie z poważnymi zaburzeniami i chorobami psychicznymi, jak wynika z raportu NIK, w którym czytamy: „[...] szacuje się, że problemy ze zdrowiem psychicznym dotyczą coraz większej populacji dzieci i młodzieży (m.in. zaburzenia depresyjne, próby samobójcze, samookaleczenia, zaburzenia odżywiania, uzależnienia). Szczególnie poważnym problemem są próby samobójcze i samobójstwa” (Raport NIK 2023). Wśród uczniów doświadczających traumy zarówno w środowisku edukacyjnym, jak i w rodzinie:

można zaobserwować pogorszenie kompetencji poznawczych powodujące trudności w nauce. Słabsza kontrola uwagi i zachowania powoduje ryzyko wystąpienia problemów behawioralnych. Wśród dzieci wychowywanych w zagrażającym środowisku notuje się zwiększony odsetek zaburzeń psychicznych, trudności interpersonalnych i zachowań przestępczych (Jezierski 2024).

Dlatego tak istotna jest znajomość powyższych zagadnień przez wszystkich pracowników szczebla edukacyjnego. Wiedza ta, co istotne, niewątpliwie wpłynie na poprawę kondycji psychicznej współczesnej młodzieży. Istotne znaczenie w niniejszych rozważaniach ma fakt, że w wyniku pozytywnych doświadczeń osoby z doświadczeniem traumy z osobą pomagającą i wspierającym środowiskiem może pojawić się tzw. posttraumatyczny wzrost (PTG), będący procesem, w którym po traumie jednostka nie tylko powraca do normalności, ale także dokonuje osobistego rozwoju, który nie byłby możliwy bez tego trudnego doświadczenia. PTG to coś więcej niż tylko odbudowanie swojego życia – to głębsza transformacja, która prowadzi do zmiany w postrzeganiu siebie, swoich wartości i relacji z innymi (Calhoun, Tedeschi 2004). Według Tedeschiego i Calhouna (2004) osoby doświadczające PTG mówią o tym, że po traumie stały się silniejsze, mądrzejsze i bardziej doceniające życie.

Kluczowe obszary, w których pojawia się posttraumatyczny wzrost, to:

- Poprawa relacji z innymi.
- Odkrycie nowych możliwości.
- Zwiększenie poczucia osobistej siły.
- Pogłębienie duchowości.
- Docenienie codziennych, małych rzeczy w życiu.

Z powyższego wynika, że nie każde obciążenie stanowi traumę, ale każda trauma jest obciążająca, ważnym jednak jest sprzyjające środowisko i wsparcie bliskich, mądrych dorosłych osób, które może bardzo korzystnie wpłynąć na dalszy rozwój młodzieży. Reakcja najbliższego otoczenia na zdarzenie traumatyczne jest znacząca w budowaniu zasobów i systemu wsparcia młodzieży i może przeciwdziałać pojawieniu się PTSD i C-PTSD.

BIBLIOGRAFIA

- Berceli D. (2011), *Zaufaj ciału*, A. Świtalska, B. Piecychna (tłum.), Koszalin: Ośrodek Bioenergetycznej Pracy z Ciałem, Pomocy i Edukacji Psychologicznej, Joanna Olchowik.
- Birmes P., Hatton L., Brunet A., Schmitt L. (2003), *Early historical literature for post-traumatic symptomatology*, „Stress Health”, 1.
- Bowen M. (1978), *Family therapy in clinical practice*, New York: Jason Aronson.
- Calhoun L.G., Tedeschi, R.G. (2004), *Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence*, „Psychological Inquiry”, 15(1), 1–18.
- Cook A., Spinazzola J., Ford J., Lanktree C., Blaustein M., Cloitre M., DeRosa R., Hubbard R., Kagan R., Liataud J., Mallah K., Olafson E., van der Kolk B. (2005), *Complex Trauma in Children and Adolescents*, „Psychiatric Annals”, 35(5), 390–398.
- Diegelmann C. (2006), *Ressourcenorientierte imaginative und kreative Techniken in der Psychoonkologie*, w: *Psychoonkologie*, Ditz et al. (eds.).
- DSM-III (1980), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.), Washington, DC: American Psychiatric Association.
- DSM-5-TR(2022), *American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, American Psychiatric Association Publishing, 18 marca 2022.
- Dębski M., Flis J. (2023), *Młode głowy. Otwarcie o zdrowiu psychicznym. Raport z badania dotyczącego zdrowia psychicznego, poczucia własnej wartości i sprawczości wśród młodych ludzi w Polsce*, Warszawa: Fundacja UNAWEZA.
- Gałecki P., Szulc A. (2023), *Psychiatria. Rozpoznanie według ICD-11*, Wrocław: Edra Urban & Partner.
- Heller L., LaPierre A. (2018), *Leczenie traumy rozwojowej. Wpływ wczesnej traumy na samoregulację, obraz siebie i zdolność tworzenia związków*, Wrocław: Wydawnictwo Instytutu Terapii Psychosomatycznej.
- Homer (2000), *Odyseja*, Gdańsk: Tower Press, <http://www.iik.pl/ebooks/Homer%20-%20Odyseja.pdf> [dostęp: 24.10.2014].
- Jaritz C., Wiesinger D., Schmid M. (2008), *Traumatische Lebensereignisse bei Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe: Ergebnisse einer epidemiologischen Untersuchung*, „Trauma & Gewalt”, 2(4), 266–277.
- Jezierski K. (2024), *Edukacja wrażliwa na traumę z perspektywy teorii przywiązania*, „Edukacja Elementarna w Teorii i Praktyce”, 19(2(73)), 165–175. <https://doi.org/10.35765/eetp.2024.1973.12>
- Lawrence K. (2013), *Developing Leaders in a VUCA Environment*, UNC Executive Development, 1–15.
- Lewis S.J., Arseneault L., Caspi A., Fisher H.L., Matthews T., Moffitt T.E., Odgers C.L., Stahl D., Teng J.Y., Danese A. (2019), *The epidemiology of trauma and post-traumatic stress disorder in*

- a representative cohort of young people in England and Wales*, „The Lancet Psychiatry”, 6(3), 247–256, [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30031-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30031-8)
- Minuchin S. (1974), *Families and family therapy*, Harvard University Press.
- Minnen A. van, Harned M.S., Zoellner L., Mills K. (2012), *Examining potential contraindications for prolonged exposure therapy for PTSD*, „European Journal of Psychotraumatology”, 3. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v3i0.18805>
- Nijdam M., Meewisse M.-L., Gersons B., Olf M. (2011), *Treatment protocol Brief Eclectic Psychotherapy for PTSD (BEPP). Third English version*, Amsterdam: B.P.R. Gersons.
- Pietkiewicz I.J., Tomalski R. (2018), *Zaburzenia związane z traumą – perspektywa teoretyczna*, „Czasopismo Psychologiczne”, 24(2), 261–274, <https://doi.org/10.14691/CPPJ.24.2.261>
- Reddemann L. (2003), *Psychodynamisch imaginative Traumatherapie bei dissoziativer Identitätsstörung und DDNOS*, w: *Gast Therapie der dissoziativen Störungen*, A. Hofmann (red.), Stuttgart: Thieme.
- Resick P.A., Monson C.M., Chard K.M. (2019), *Terapia przetwarzania poznawczego w zespole stresu pourazowego (PTSD). Podręcznik dla klinicystów*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Rzeszutek M., Dragan M., Lis-Turlejska M., Schier K., Holas P., Drabarek K., VanHoy A., Pięta M., Poncylisz C., Michałowska M., Wdowczyk G., Borowska N., Szumiał S. (2023), *Exposure to self-reported traumatic events and probable PTSD in a national sample of Poles: Why does Poland's PTSD prevalence differ from other national estimates?*, „PLoS ONE”, 18(7), e0287854. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0287854>
- Schäfer I., Hopchet M., Vandamme N., Ajdukovic D., El-Hage W., Egretteau L., et al. (2018), *Trauma and trauma care in Europe*, „European Journal of Psychotraumatology”, 9(1), 1556553. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1556553>
- Schmid M. (2008), *Entwicklungspsychopathologische Grundlagen einer Traumapädagogik*, „Trauma & Gewalt”, 2(4), 288–309.
- Siudem A. (2008), *Radzenie sobie ze stresem jako element profilaktyki w szkole*, w: *Skuteczna resocjalizacja. Doświadczenia i propozycje*, Z. Bartkiewicz, A. Węgliński (red.), Lublin: Wydawnictwo UMCS, s. 287–300.
- Terr L.C. (1991), *Childhood traumas: An outline and overview*, „American Journal of Psychiatry”, 148(1), 10–20. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.1.10>
- Wilson G., Farrell D., Barron I., Hutchins J., Whybrow D., Kiernan M.D. (2018), *The use of Eye-Movement Desensitization Reprocessing (EMDR) therapy in treating Post-traumatic Stress Disorder — a systematic narrative review*, „Frontiers in Psychology”, 6(9), 923.