



Dziecko – ofiara przemocy domowej: skuteczne strategie CBT w leczeniu traumy

Children as victims of domestic violence: Effective CBT strategies for treating trauma
<https://doi.org/10.34766/8ebz8n67>

© Autorzy (prawa autorskie) • Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio (prawa wydawnicze) • **Open Access CC BY-NC-ND 4.0.**

Przemoc nie jest oznaką siły, lecz słabości.

Bł. Ks. Jerzy Popietuszeko

Valentina Fedorovich^a✉, Mirosław Brzeziński^b

^a Valentina Fedorovich, ¹ <https://orcid.org/0009-0004-4757-7920>

^b Mirosław Brzeziński, ¹ <https://orcid.org/0000-0001-5012-1626>

¹ Katedra Nauk o Rodzinie, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

✉ Corresponding author: valentina.fedorovich@kul.pl

Abstrakt: Doświadczenie przemocy w rodzinie przez dziecko można rozpatrywać w kategoriach traumy interpersonalnej, gdyż doznaje ono krzywdzenia ze strony osoby mu znanej i bliskiej. Z drugiej strony przemoc domowa wiąże się z silnym, przewlekłym stresem, który w perspektywie długoterminowej może wywrzeć dewastacyjny wpływ na fizyczne i psychiczne zdrowie dziecka. Celem niniejszej pracy poglądowej jest przedstawienie problemu przemocy w rodzinie wobec dziecka ze wskazaniem nowoczesnych metod psychoterapii poznawczo-behawioralnej o dużej skuteczności leczenia traumy psychicznej. Artykuł składa się z dwóch części: pierwszej, zawierającej charakterystykę i skalę zjawiska przemocy w rodzinie wobec dziecka, jej uwarunkowania oraz następstwa, i drugiej, obejmującej przegląd skutecznych strategii CBT w leczeniu zaburzeń potraumatycznych. Tematyka pierwszej części artykułu w zakresie uwarunkowań nawiązuje do teoretycznych modeli przyczyn przemocy, w szczególności Ogólnego Modelu Agresji, teorii społecznego uczenia się Alberta Bandury oraz teorii międzypokoleniowej transmisji przemocy. W ramach charakterystyki następstw przemocy domowej przytoczono wiele badań potwierdzających występowanie zależności między traumą relacyjną a szeregiem różnorodnych zaburzeń. W szczególności została omówiona etiologia PTSD. W treści artykułu wskazano również, iż na gruncie psychologii pojęcie zaburzenia po stresie traumatycznym (PTSD) ciągle ewoluuje. Konsekwencje narażenia na różne postacie stresu są nieustannie badane i skutkują aktualizowaniem kryteriów PTSD w klasyfikacjach medycznych. W DSM-5 został wyróżniony konstrukt DESNOS, a następnie WHO 11 lutego 2022 roku wprowadziło do ICD-11 nową jednostkę nozologiczną w postaci złożonego PTSD (complex PTSD, C-PTSD). Zaznaczono, iż eksperci zdrowia psychicznego w dalszym ciągu podejmują próby ustalenia hierarchii objawów, dystygujących C-PTSD od innych zaburzeń, zwłaszcza PTSD oraz zaburzenia osobowości typu borderline. Drugą część artykułu podejmuje temat skutecznych metod leczenia traumy, opartych na paradygmacie poznawczo-behawioralnym. Psychoterapia poznawczo-behawioralna skoncentrowana na traumie TF-CBT jako praktyka oparta na rzetelnych dowodach naukowych (EBP – evidence based practice) została uznana za terapię pierwszego wyboru w leczeniu zaburzeń po stresie traumatycznym. W tekście przedstawiono metodę przedłużonej ekspozycji Edny Foa, terapię przetwarzania poznawczego Patricii Resick wraz z omówieniem neurobiologicznych podstaw PTSD i CPT. W pracy zawarto także opis innowacyjnego podejścia opartego na procesach. Ważnym badawczym zadaniem na przyszłość pozostaje prowadzenie dalszych badań naukowych nad predyktorami skuteczności leczenia PTSD/C-PTSD ze szczególnym uwzględnieniem sojuszu terapeutycznego oraz czynników chroniących dziecko przed rozwojem traumy.

Słowa kluczowe: dziecko, przemoc domowa, psychoterapia poznawczo-behawioralna, trauma interpersonalna, zaburzenie po stresie traumatycznym (PTSD)

Abstract: A child's experience of domestic violence can be considered interpersonal trauma, as they are harmed by someone they know and are close to. On the other hand, domestic violence is associated with severe and chronic stress, which in the long term can have devastating effects on the child's physical and mental health. The aim of this review paper is to present the problem of domestic violence against children, signaling modern methods of cognitive-behavioral psychotherapy that are highly effective in treating psychological trauma. The article consists of two parts: the first part provides characteristics and a scale of the phenomenon of domestic violence against children, its determinants and its consequences. The second part reviews effective CBT strategies in the treatment of post-traumatic disorders. The subject matter for the first part of this article relates to theoretical models of the causes of violence, in terms of its determinants, and in particular the GAM (General Aggression Model), Albert Bandura's social learning theory, and the theory of intergenerational transmission of violence. As part of the characterization of the consequences of domestic violence, numerous studies confirming the relationship between relation trauma and a range of diverse disorders are cited. In particular, the etiology of PTSD is discussed. The second part of the article addresses effective methods of trauma treatment based on the cognitive-behavioral paradigm. Trauma-focused cognitive-behavioral psychotherapy (TF-CBT), as a practice

based on reliable scientific evidence (EBP – evidence-based practice), has been recognized as the first-line therapy for the treatment of post-traumatic stress disorders. The text presents Edna Foa's prolonged exposure method, Patricia Resick's cognitive processing therapy, along with a discussion of the neurobiological basis of PTSD and CPT. The paper also includes a description of an innovative process-based approach. An important research task for the future remains to conduct further scientific research on predictors of the effectiveness of PTSD treatment, with particular emphasis on the therapeutic alliance and factors protecting children from developing trauma.

Keywords: child, domestic violence, cognitive-behavioural psychotherapy, interpersonal trauma, posttraumatic stress disorder (PTSD).

Wprowadzenie

Konwencja Narodów Zjednoczonych o Prawach Dziecka została uchwalona przez Zgromadzenie ONZ 20 listopada 1989 roku i była pierwszym międzynarodowym traktatem określającym, iż dziecku przysługuje prawo do ochrony, pomocy i szczególnej troski. Preambuła ratyfikowanej w 1991 roku w Polsce Konwencji głosi, iż: „dziecko dla pełnego i harmonijnego rozwoju swojej osobowości powinno wychowywać się w środowisku rodzinnym, w atmosferze szczęścia, miłości i zrozumienia”¹. Familiolodzy twierdzą, iż doświadczanie przez dziecko przemocy ze strony osoby obcej jest nie tylko rzadsze, ale i daleko mniej szkodliwe, niż przemoc odbierana od najbliższych (Młyński, 2012; Pospiszyl, 2000).

Pojęcia „trauma” i „zespół stresu pourazowego” często kojarzą nam się z doświadczeniami weteranów wojennych, ponieważ historycznie po raz pierwszy zostały one zdefiniowane w odniesieniu do przeżyć wojennych (Holiczer, Gałuszko, Cubała, 2007; Zawadzki, Popiel, 2014). W rzeczywistości istnieje wiele rodzajów traumy, wśród których doniosłe znaczenie ma trauma relacyjna/interpersonalna (Greenberg, 2018). Trauma relacyjna powstaje w wyniku negatywnych doświadczeń dziecięcych, związanych m. in. z doznawaną przemocą w rodzinie, zaniedbywaniem emocjonalnym lub porzuceniem przez rodzica (Froń, Lewandowska, 2023). Z reguły wiąże się ona z ekspozycją na wyjątkowo groźne, zagrażające życiu lub przerażające zdarzenie, a także powtarzające się, długotrwałe lub ekstremalne stresory i dlatego w konsekwencji może wywołać zaburzenie po stresie traumatycznym (PTSD) lub złożony zespół stresu

pourazowego (*complex PTSD, C-PTSD*) (Kowalski, Blaut, Dragan, Farley, Pankowski, Sanna, Śliwerski, Wiśniowska, 2024; Popiel, Pragłowska, 2022; Gałęcki, Szulc, 2023b).

1. Charakterystyka przemocy wobec dziecka w rodzinie

Przemoc domowa jest wciąż obecna we wszystkich społeczeństwach, niezależnie od stopnia ich rozwoju gospodarczego czy kulturalnego. Zatrważające są zjawiska powszechności przemocy w rodzinie, *sensu stricto* wśród osób sobie najbliższych, a zwłaszcza fakt, że najczęstszymi sprawcami przemocy wobec dzieci pozostają ich rodzice (Lubińska-Bogacka, 2019b; Młyński, 2012).

W zidentyfikowaniu szkodliwości aktów przemocy wobec dziecka znaczącą rolę odegrali lekarze, rozpoznający urazy jako skutek okrutnego traktowania dzieci przez rodziców. F. Silverman – lekarz-radiolog w 1953 roku wprowadził termin „syndrom dziecka bitego” (*battered child syndrome*), który został zdefiniowany jako kliniczny stan małego dziecka doświadczającego poważnego fizycznego obrażenia, skutkującego trwałymi uszkodzeniami ciała. H. Kempe – przewodniczący Amerykańskiej Akademii Pediatrii w 1961 roku zorganizował pierwszą konferencję naukową, której tematem przewodnim był zespół dziecka bitego. Następnie po kilku latach powstało nowe określenie: „dziecko maltretowane” (*maltreated child*), oznaczające doznanie przez dziecko różnych postaci przemocy, np. fizycznej, psychicznej lub wykorzystywania seksualnego. Obecnie

1 Sejm Rzeczypospolitej Polskiej. Konwencja o prawach dziecka przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 r. [Convention on the Rights of the Child adopted by the United Nations General Assembly on 20 November 1989]. Dz.U. 1991 nr 120 poz. 526. Pobrane z <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu19911200526>

w literaturze i w mediach stosowane są także pojęcia „dziecka krzywdzonego i zaniedbanego” (*child abuse and neglect*), najpopularniejszym zaś terminem pozostaje przemoc wobec dziecka (Lisowska, 2005; Lubińska-Bogacka, 2019a; Młyński, 2012).

Według znowelizowanej 9 marca 2023 r. ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej (art. 2 ust. 1)² przemoc domowa, zwana wcześniej przemocą w rodzinie, jest definiowana jako jednorazowe albo powtarzające się umyślne działanie lub zaniechanie, wykorzystujące przewagę fizyczną, psychiczną lub ekonomiczną, naruszające prawa lub dobra osobiste osoby doznającej przemocy domowej, w szczególności:

1. narażające tę osobę na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia lub mienia,
2. naruszające jej godność, nietykalność cielesną lub wolność, w tym seksualną,
3. powodujące szkody na jej zdrowiu fizycznym lub psychicznym, wywołujące u tej osoby cierpienie lub krzywdę,
4. ograniczające lub pozbawiające tę osobę dostępu do środków finansowych lub możliwości podjęcia pracy lub uzyskania samodzielności finansowej,
5. istotnie naruszające prywatność tej osoby lub wzbudzające u niej poczucie zagrożenia, poniżenia lub udręczenia, w tym podejmowane za pomocą środków komunikacji elektronicznej³.

W katalogu form przemocy wobec dziecka można wyróżnić cztery główne rodzaje: przemoc fizyczną, psychiczną (emocjonalną), seksualną oraz zaniedbanie. Ponadto przemoc w stosunku do dzieci czasem przebiera takie szczególne postacie, jak np. podawanie dziecku substancji psychoaktywnych, szkodliwych lub dla niego nieprzeznaczonych; przeniesiony zespół Münchhausena (zespół Münchhausena *per procuram*, *Münchhausen syndrome by proxy*) czy ekspozycja na przemoc domową (bycie świadkiem przemocy) (Bryńska, 2020; Lubińska-Bogacka, 2019b; Młyński, 2012).

Wbrew obiegowym opiniom przemoc stosują nie tylko członkowie patologicznych rodzin, lecz zjawisko to występuje w różnych rodzinach. Przejawiają go ludzie bez względu na wiek, status społeczno-ekonomiczny, poziom wykształcenia czy zawód. W rodzinach o niskim statusie społecznym odnotowuje się częstsze stosowanie kar fizycznych i zaniedbywanie dziecka, a w rodzinach o wyższym statusie społecznym uwydatnia się większy repertuar stosowanych kar oraz powszechniejsze są kary psychiczne (Lubińska-Bogacka, 2019b; Młyński, 2012).

Prokuratorskie oraz sądowe formularze statystyczne uwzględniają długą listę przestępstw, które mogą być zakwalifikowane jako przemoc domowa, m. in. znęcanie się, spowodowanie uszczerbku na zdrowiu, groźba bezprawna etc. (Lewoc, 2024). Wzbudza niepokój fakt, iż przestępstwa przeciwko rodzinie należą do jednych z najczęściej popełnianych. Zajmują one bowiem trzecie miejsce w ogólnej skali przestępczości (po przestępstwach przeciwko mieniu oraz przestępstwach przeciwko życiu) (Pospiszył, 2000). Warto pamiętać, że zachowania przemocowe, nie zawsze są przestępstwem i łamią prawo karne, ale zawsze są motywowane intencjami i potrzebami sprawcy oraz naruszają prawa drugiej osoby do szacunku, godności, odpoczynku, prywatności lub autonomii (Michalska, Jaszczak-Kuźmińska, 2014; Młyński, 2012).

2. Dane charakteryzujące rozmiary przemocy domowej wobec dzieci

Trudno jest uchwycić prawdziwe rozmiary przemocy domowej wobec dzieci w Polsce. Z przedstawionych w tabeli nr 1 danych, dotyczących wszczęcia przez polską policję procedury *Niebieskiej Karty* na przestrzeni lat 2012-2024 wynika, iż największą grupę ofiar przemocy w rodzinie stanowią kobiety, a na drugim miejscu znajdują się nieletni. Porównując liczbę małoletnich, dotkniętych przemocą w rodzinie

2 Sejm Rzeczypospolitej Polskiej. (2023, March 9). *Ustawa z dnia 9 marca 2023 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz niektórych innych ustaw* [Act amending the Act on counteracting family violence and certain other acts]. Dz.U. z 2023 r. poz. 535. Pobrane z <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20230000535>

3 Sejm Rzeczypospolitej Polskiej. (2005, July 29). *Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej z późn. zm.* [Act of 29 July 2005 on counteracting domestic violence, as amended]. Dz.U. z 2024 r. poz. 424. Pobrane z <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20240000424>

Tabela 1. Liczba ofiar przemocy domowej według procedury „Niebieskie karty” na podstawie policyjnych danych statystycznych z lat 2012-2024. Źródło: Portal Polskiej Policji i Komendy Głównej Policji.

Rok	Liczba wydanych Niebieskich Kart	Liczba ofiar Ogółem	Kobiety	Mężczyźni	Nieletni
2012	51 292	76 993	50 241	7 580	19 172
2013	61 047	86 797	58 310	9 233	19 254
2014	77 808	105 332	72 786	11 491	21 055
2015	75 495	97 501	69 376	10 733	17 392
2016	73 531	91 789	66 930	10 636	14 223
2017	75 662	92 529	67 984	11 030	13 515
2018	73 153	88 133	65 057	10 672	12 404
2019	74 313	88 032	65 195	10 676	12 161
2020	72 601	85 575	62 866	10 922	11 787
2021	64 250	75 761	55 112	9 520	11 129
2022	61 645	75 761	55 112	9 520	11 129
2023	62 170	77 832	51 631	9 162	17 039
2024	59 174	86 920	50 638	10 559	25 723

w 2012 z liczbą w 2024 roku, łatwo można dostrzec ok. 34 % wzrost ofiar wśród dzieci. Odnotowana liczba dzieci, doświadczających przemocy domowej w 2024 roku, jest zarazem największą liczbą na przestrzeni ostatnich dwunastu lat. Z pewnością można to wytłumaczyć zmianą kryteriów sprawozdawczości w policyjnym systemie – SESPol. Od 2012 r. w przypadku osób małoletnich – pokrzywdzonych przemocą uwzględniano się tylko te, które są adresatem przemocy (Mende, 2015). Od 2024 roku osoby małoletnie – świadkowie przemocy w rodzinie również podlegają rejestracji jako ofiary przemocy na podstawie znowelizowanej ustawy z dnia 6 września 2023 r. w sprawie procedury *Niebieskiej Karty* oraz wzorów formularzy *Niebieskiej Karty*⁴.

Zastanawiająca jest duża rozpiętość przedziału publikowanych wyników, odnoszących się do dzieci, dotkniętych przemocą w rodzinie. Niektóre źródła informują o niskich wskaźnikach procentowych, a inne

podają, iż nawet 90 % dzieci doświadcza przemocy domowej (Młyński, 2012). Z jednej strony dane, dokumentujące interwencje prawne wobec sprawców przemocy, pokazują wyłącznie wierzchołek góry lodowej – na ich podstawie można by przypuszczać, że krzywdzenie dzieci w rodzinie jest marginalnym zjawiskiem. Policyjne i sądowe rejestry obejmują zasadniczo jedynie poważne przejawy krzywdzenia dzieci. Z drugiej strony badania socjologiczne, ukazując przemoc umykającą oficjalnym statystykom, a często będącą elementem praktyk wychowawczych, przekonują, że przemoc (choć w szych mniej drastycznych przejawach) to raczej powszechne doświadczenie dzieciństwa (Siejak, 2016).

„Czarna liczba” nieujawnionych przypadków przemocy wobec dzieci w dużej mierze pozostają zależne od warunków społeczno-kulturowych. Społeczeństwo wciąż przejawia dużą akceptację wobec stosowania kar fizycznych. Tradycja wychowawcza od wieków uznaje posłuszeństwo dzieci wobec dorosłych za wartość. Dodatkowo indywidualizm osadzony w kulturze europejskiej powoduje, iż wiele współczesnych rodzin kieruje się zasadą nieingerencji w jej życie czy też w życie innych rodzin. Jednakże na drodze przeciwdziałania przemocy domowej najtrudniejszymi przeszkodami do pokonania wydają się być poczucie wstydu, bezradności i strachu u dorosłych. Systematyczne omijanie rozmowy o traumie przez otoczenie utrwala w dziecku przekonanie, że jest to obszar życia, z którym ono musi sobie poradzić samodzielnie, a także wzmacnia sposoby radzenia sobie poprzez poznawcze, emocjonalne i behawioralne unikanie przykrych doznań (Bryńska, 2020; Konowalek, 2020; Lisowska, 2005; Popiel, Pragłowska, 2022; Zagórski, 2017).

3. Czynniki ryzyka pojawienia się przemocy w rodzinie

W literaturze przedmiotu można znaleźć liczne teoretyczne modele przyczyn przemocy wobec dzieci: psychologiczne, socjologiczne, integracyjne

4 Rada Ministrów. (2023, September 6). Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 6 września 2023 r. w sprawie procedury „Niebieskie Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta” [Regulation on the “Blue Card” procedure and “Blue Card” form templates]. Dz.U. 2023 poz. 1870. Pobrane z <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20230001870>

(np. model R. Gelles'a, wieloczynnikowy model K. Browne'a), społeczno-sytuacyjny, teorię wymiany i społecznej kontroli, koncepcję przemocy jako źródła gratyfikacji (Lisowska, 2005; Pospiszyl, 2000). Warto nadmienić, że ze zjawiskiem przemocy nieodłącznie jest związana agresja. Cechą nadrzędną bowiem sprawców przemocy jest agresywność. Co więcej, z badań wynika, iż przemoc wewnątrzrodzinna jest najczęściej spotykaną formą agresji interpersonalnej (Filipek, 2014; Pospiszyl, 2000). Pojęcie przemocy utożsamia się z agresją, brutalnością, przestępczością, okrucieństwem, a agresję – z gwałtownością, napastliwością, zuchwałością, destrukcyjnością lub wrogością (Lubińska-Bogacka, 2019b; Młyński, 2012).

Według Ogólnego Modelu Agresji (*The General Aggression Model* – GAM), do powstawania agresji przyczyniają się czynniki społeczne, poznawcze, rozwojowe oraz biologiczne. Procesy dystalne stanowią podłoże agresywnej osobowości, zależnej od wpływu czynników biologicznych (np. hormonów) i środowiskowych (dysfunkcyjnej rodziny, narażenia na przemoc, trudnych warunków życiowych etc.). Na poziomie procesów proksymalnych wystąpienie agresywnego zachowania jest zdeterminowane poprzez interakcję czynników osobistych (np. biologiczne predyspozycje, cechy temperamentalne, moralne usprawiedliwianie agresywności, agresywny obraz siebie, zaburzenia osobowości, np. narcyzm itp.), oraz sytuacyjnych (m. in. odrzucenie społeczne, prowokacja, frustracja, zły nastrój, oglądanie przemocy w mediach, upojenie alkoholowe etc.), które oddziałują na wewnętrzne stany: myśli, emocje, pobudzenie, a w następnej kolejności wpływają na oceny i decyzje. Każdy cykl procesów proksymalnych, zakończony impulsywnym działaniem, wskutek wielokrotnych powtórzeń może przyczynić się do ukształtowania agresywnej osobowości (Allen, Anderson, Bushman, 2018; Huesmann, 2018).

Ów mechanizm tworzenia się „skryptu poznawczego” – zapisu w umyśle przebiegu zdarzenia, utrwalonego w wyniku jego wielokrotnego powtarzania – opisuje także teoria społecznego uczenia się Alberta Bandury. Zakłada ona, że dziecko nabywa nowych zachowań w drodze obserwowania innych osób, służących jako modele. Teoria międzypokoleniowej transmisji przemocy (*intergenerational violence transmission*) także

udowadnia, iż doświadczenie w dzieciństwie przemocy ze strony rodziców, bądź bycie świadkiem przemocy w rodzinie zwiększa prawdopodobieństwo stosowania agresywnych, przemocowych zachowań wobec własnych dzieci. Niekiedy wzorce przemocy ulegają generalizacji, co doprowadza do stosowania wielu rodzajów przemocy. Dane statystyczne sygnalizują, że od 20% do nawet 80% sprawców przemocy doświadczyło jej we własnych rodzinach pochodzenia (Bandura, Huston, 1961; Bandura, Ross, Ross, 1961; Bryńska, 2020; Filipek, 2014; Lisowska, 2005; Widera-Wysoczańska, 2010).

Warto przy tym nadmienić, iż międzygeneracyjne przekazywanie przemocy jest mimo wszystko uwarunkowane splotem różnorodnych czynników: społecznych i środowiskowych, rodzinnych, osobowych, biologicznych i genetycznych. Badania i praktyka w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie podkreślają fakt, że przemoc domowa może być zarówno przyczyną, jak i skutkiem dysfunkcji w rodzinie. Dodatkowo doświadczenia terapeutyczne pokazują, iż jeśli osoby krzywdzone podejmą się pracy nad zmianą swojego funkcjonowania, to mogą przerwać łańcuch przekazywania przemocy następnym pokoleniom (Allen i in., 2018; Bryńska, 2020; Filipek, 2014; Huesmann, 2018; Lisowska, 2005; Widera-Wysoczańska, 2010).

Przemoc w rodzinie zalicza się do zjawisk złożonych, wieloczynnikowych. Należy pamiętać, że rodzinę stanowi grupa osób, którzy różnią pod względem wieku, płci, temperamentów, osobowości, potrzeb, preferencji, zainteresowań i doświadczeń. Taka sytuacja jest z natury konfliktogenna (Lubińska-Bogacka, 2019b; Pospiszyl, 2000). Fundamentem rodziny jest miłość, która mimo wszystko będzie wymagała od jej członków rozwoju osobistego i nabywania różnorodnych kompetencji, wśród których wystarczy wymienić umiejętności, związane z prowadzeniem dialogu, prawidłową komunikacją i efektywną współpracą, rozwiązywaniem problemów opiekuńczo-wychowawczych oraz radzeniem sobie z negatywnymi emocjami i stresem.

Aaron T. Beck – twórca psychoterapii poznawczej – opracował ustrukturyzowaną, krótkoterminową i zorientowaną na teraźniejszość psychoterapię depresji, nastawioną na rozwiązywanie bieżących

problemów oraz zmianę dysfunkcjonalnego (nieadekwatnego lub nieprzydatnego) myślenia i zachowania. Poświęcając swoją karierę zawodową badaniom zaburzeń procesu myślenia odkrył, iż pary borykające się z kłopotami małżeńskimi wykazywały takie same aberracje myślenia, jak i pacjenci cierpiący na depresję i stany lękowe. W swojej książce, adresowanej do par małżeńskich *Miłość nie wystarczy. Jak rozwiązywać nieporozumienia i konflikty małżeńskie*, odwołując się do rewolucji kognitywnej, autor postuluje wykształcenie umiejętności jasnego myślenia i jasnego wyrażania swoich myśli, by w ogóle nie dopuścić do powstawania nieporozumień (Beck, 2020; Beck, 2021).

4. Konsekwencje przemocy domowej wobec dziecka

Do przełamania tradycyjnego sposobu myślenia o ofiarach przemocy w rodzinie w kategoriach indywidualnej psychopatologii przyczyniły się rozwój psychologii (ukazującej, iż zasadnicze podstawy przyszłej osobowości kształtują się w okresie wczesnego dzieciństwa, w kontakcie z rodziną i w oparciu o wzajemne z nią więzi uczuciowe) oraz wiedza na temat stresu traumatycznego (Resick, Monson, Chard, 2019).

Wielu badaczy charakteryzuje pierwotne przywiązanie jako prototyp wszystkich bliskich związków, jakie stworzy jednostka, nawet w życiu dorosłym. Przywiązanie jest definiowane jako *długotrwały, emocjonalny związek z konkretną osobą* (Schaffer, 2009).

Bezpieczne, ufne przywiązanie powstaje wskutek zapewnienia dziecku przez opiekunów ochrony, bezpieczeństwa i miłości, które jednocześnie wspomagają rozwój wszystkich jego funkcji fizycznych i psychicznych. Pozabezpieczne przywiązanie (lękowo-ambiwalentne, lękowo-unikowe, zdeorganizowane-zdezorientowane) tworzy się u dzieci, doświadczających ze strony opiekuna fizycznego lub emocjonalnego znęcania się, zaniedbywania lub innych form niewłaściwego traktowania. Najbardziej niepokojącym przejawem przywiązania pozabezpiecznego jest wzorzec zdeorganizowany, który odzwierciedla niespójny sposób odnoszenia się dziecka do opiekunów.

Strategia dziecka w zakresie kontaktów wówczas jest zakłócona: czasami szuka ono bliskości z rodzicem, innym razem jej unika lub stawia opór, a na dodatek przeżywa szereg negatywnych uczuć, wśród których dominuje przerażenie. Relacje z rówieśnikami często są również uwarunkowane zasadą „walczyć lub uciekać”, czyli przeważa w nich wysoki poziom agresji lub unikanie i wycofanie (Schaffer, 2009).

Profesor Irena Pospiszyl w swoim gruntownym opracowaniu, dotyczącym przemocy domowej, uwydatniła, iż krzywdzenie dziecka ujemnie wpływa na przebieg jego rozwoju, a szczególnie negatywnie odbija się na jego sferze emocjonalnej. Bezpośrednią reakcją dziecka na zachowania krzywdzące jest: wzrost agresywności, niska samoocena, emocjonalna labilność, nieumiejętność wchodzenia w relacje interpersonalne, wrogość do otoczenia przy jednoczesnym silnym przywiązaniu do opiekunów.

Dzieci, dotknięte przemocą często są opisywane jako:

- niezdolne do rozluźnienia,
- bez poczucia humoru,
- krnąbrne,
- przyjmujące postawę zimnego wyczekiwania (*frozen watchfulness*)
- lub wzmożonej czujności (Pospiszyl, 2000).

Rodzinę, w której występuje przemoc, zalicza się do rodzin dysfunkcyjnych. Przemoc domowa niszczy więzi i niesie ze sobą szczególnie dotkliwe konsekwencje dla kształtującej się osobowości dziecka. Traumatyczne doświadczenia dzieci, doświadczających przemocy ze strony rodzica, wiążą się ze stanem chronicznego napięcia i przeciążenia emocjonalnego. Po pierwsze, bezpośrednia agresja rodzica skierowana do dziecka wzbudza cierpienie, lęk oraz uczucie rozpadania się elementarnego poczucia bezpieczeństwa i stabilności życia. Równie bolesne są powtarzające się werbalne ataki, które poniżają, deprecjonują i niszczą tożsamość oraz obraz siebie dziecka (Mellibruda, 2015; Młyński, 2012; Polok, 2021).

Po drugie, obserwowanie przez dziecko przerażających i powtarzających się incydentów agresji rodzica wobec innych domowników powoduje doświadczanie obezwładniającego lęku o życie

osób bliskich, rozpaczliwej bezsilności wobec tego zagrożenia, a zarazem chęci ochrony najbliższych (Mellibruda, 2015; Młyński, 2012; Polok, 2021). Mechanizm zachowania dzieci w rodzinie z przemocą jest zbliżony do sposobów funkcjonowania dzieci w rodzinach z problemem alkoholowym. Wskutek notorycznego ignorowania ich potrzeb dzieci uczą się tłumienia emocji i zadaniowego podejścia do problemów. Często obierają różne role, wzmacniane przez rodziców, np. bohatera, ratownika, maskotki, kozła ofiarnego, niewidzialnego dziecka. Dzieci te nader często czują się gorsze i inne (wyobcowane) w szkolnym środowisku rówieśników i nawet wśród całego społeczeństwa. Krzywdzone dzieci tracą zaufanie do innych osób, przejawiają poczucie bezradności i złości, skłonność do emocjonalnej i społecznej izolacji oraz nieumiejętność rozwiązywania problemów, która wynika z niskiego poczucia własnej wartości (Lubińska-Bogacka, 2019a; Mellibruda, 2015; Młyński, 2012; Polok, 2021; Szmyd, 2008).

Istnieją liczne przesłanki kliniczne by uważać, że maltretowanie we wczesnym wieku prowadzi do psychopatologii w wieku późniejszym. Wyniki zebrane z wielu badań naukowych udowadniają, że negatywne doświadczenia z dzieciństwa (np. trauma dziecięca, przemoc domowa, trauma relacyjna) predysponują do problemów w zakresie zdrowia somatycznego i psychicznego (Froń, Lewandowska, 2023). Współczesne podręczniki psychologii klinicznej oraz psychiatrii dzieci i młodzieży wymieniają długą listę problemów natury psychicznej, będących konsekwencją przemocy doznanej w dzieciństwie lub adolescencji (Bryńska, 2020; Dąbkowska, 2022; Gałęcki, Szulc, 2023b; Grzegorzewska, 2020; Konowalek, 2020). Zwraca uwagę różnorodność opisywanych psychopatologii, powstających na podłożu stresu traumatycznego w dzieciństwie.

U osób, które były niewłaściwie traktowane w dzieciństwie częściej obserwuje się depresję, podatność na stresy, wysoką wrażliwość emocjonalną, zaburzenia odżywiania i podejmowanie prób samobójczych (zwłaszcza w konsekwencji nadużyć seksualnych), zaburzenia zachowania, uzależnienia lub działania przestępcze. Najczęstszym zaburzeniem rozpoznawanym z powodu doznanej przemocy

w rodzinie jest zaburzenie po stresie traumatycznym – PTSD, a od niedawna *complex* PTSD (C-PTSD) (Greenberg, 2018; O'Connor, Thayer, Vedhara, 2021; Schaffer, 2009; Widera-Wysoczańska, 2010).

Światowa Organizacja Zdrowia (*World Health Organization* – WHO) w najnowszym wydaniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) – ICD-11 z dn. 11 lutego 2022 roku wyodrębniła złożony zespół stresu pourazowego (*complex* PTSD – C-PTSD). Nowe rozpoznanie – analogiczne do DESNOS – zostało zdefiniowane jako powtarzająca się trauma interpersonalna, od której ucieczka jest trudna lub niemożliwa, np. w sytuacji przedłużającej się przemocy domowej, wielokrotnego wykorzystywania seksualnego lub fizycznego w dzieciństwie, kampanii ludobójstwa, tortur lub niewolnictwa (Kowalski i in., 2024; Popiel, Pragłowska, 2022; Gałęcki, Szulc, 2023b).

Pierwotnie teoretyczny konstrukt DESNOS (*disorder of extreme stress non otherwise specified*) – zaburzenie ekstremalnego stresu niewyróżnione inaczej – został opracowany przez ekspertów Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (APA). Mimo to w aktualnym systemie klasyfikacji zaburzeń psychicznych, wydawanym przez APA – DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), DESNOS ostatecznie nie uzyskał statusu jednostki nozologicznej (Gałęcki, 2024).

Część specjalistów akceptuje diagnozę wielokrotnego PTSD (*complex* PTSD). Inni uważają, że problemy poznawcze, emocjonalne i behawioralne u dzieci, będących ofiarami niekorzystnych doświadczeń, wynikają z innego patomechanizmu, niż PTSD. Wciąż są podejmowane próby ustalenia struktury objawów, dystingujących C-PTSD od innych zaburzeń, zwłaszcza PTSD oraz zaburzenia osobowości typu *borderline* (Cloitre, Garvert, Brewin, Bryant, Maercker, 2013; Cloitre, Garvert, Weiss, Carlson, Bryant, 2014; Konowalek, 2020; Merecz-Kot, 2021; Resick, Bovin, Calloway, Dick, King, Mitchell, Suvak, Wells, Stirman, Wolf, 2012).

Za konsekwencję chronicznej, interpersonalnej traumy doznanej w dzieciństwie uznaje się także traumatyczne stresowe zaburzenie osobowości

(*Traumatic Stress Personality Disorder* – TrSPD) oraz post-traumatyczne zaburzenie osobowości (*Posttraumatic Personality Disorder* – PPD), jak również wyszczególnione u dzieci zaburzenia, spowodowane traumą rozwojową (*Developmental Trauma Disorder* – DTD). Ponadto ze złożonym PTSD często współwystępują zaburzenia dysocjacyjne i konwersyjne, zaburzenia nastroju (afektywne) w postaci depresji, dystymii i dysforii lub zaburzenie osobowości typu borderline (Widera-Wysoczańska, 2010).

Profesor Dawid H. Barlow w swojej znaczącej pracy *Anxiety and its disorder: The nature and treatment of anxiety and panic* przedstawił model etiologii PTSD. Punktem wyjścia jego pracy było poszukiwanie odpowiedzi na pytanie o różnice między pacjentami w zakresie podatności na pojawienie się PTSD po ekspozycji na traumatyczne wydarzenia życiowe. Stwierdzono bowiem, że nie wszystkie osoby doświadczają PTSD w odpowiedzi na silne stresory. Spośród czynników ryzyka PTSD wyłoniono: uogólnioną podatność biologiczną (cechy konstytucjonalne i wrodzone, temperament), uogólnioną podatność psychologiczną (np. poczucie braku wpływu i kontroli), a także poziom ekspozycji na stresor, liczbę ekspozycji, strategie radzenia sobie ze stresem (np. zachowania unikające) oraz dostępność wsparcia społecznego (np. słabe więzi z osobami znaczącymi) (Keane, Barlow, 2002; Popiel, Pragłowska, 2022; Zawadzki, 2024).

U dzieci stwierdza się większą podatność na wszelkiego rodzaju traumatyczne wydarzenia życiowe ze względu na znikome możliwości samodzielnego zaspokojenia swoich potrzeb egzystencjalnych, a w konsekwencji obrony i zmiany sytuacji. Dodatkowo w przypadku dzieci prawdopodobieństwo ujawnienia się PTSD po zaistniałej traumie jest większe, niż u dorosłych i pojawia się u około ¼ dzieci i młodzieży (w różnych badaniach odsetek ten mieści się w przedziale od 15% do 27%). Skądinąd wiadomo, że zachorowanie przez dziecko na PTSD zależy od rodzaju traumy. Zazwyczaj u dzieci, w 50-75% przypadków, skutki traumy są długofalowe: objawy utrzymują się aż do wieku dorosłego (Dąbkowska, 2022; Gałęcki, Szulc 2023a; Konowalek, 2020).

5. Strategie CBT o udowodnionej empirycznie skuteczności w leczeniu traumy

Terapia poznawczo-behawioralna skoncentrowana na traumie (*trauma focused cognitive behavioural therapy* – TF-CBT) jest dominującym podejściem terapeutycznym, objętym międzynarodowymi rekomendacjami jako psychoterapia pierwszego wyboru w leczeniu PTSD u dorosłych, a także dzieci i młodzieży. Termin TF-CBT łączy różne podejścia, oparte na modelu poznawczo-behawioralnym, które jednocześnie uwzględniają znaczenie przetwarzania traumatycznego doświadczenia. Do tej grupy zalicza się: przedłużoną ekspozycję E. Foa, terapię przetwarzania poznawczego P. Resick, terapię poznawczo-behawioralną A. Ehlers oraz narracyjną terapię ekspozycyjną F. Neunera (Gałęcki, Szulc, 2023b; Kowalski i in., 2024; Popiel, Pragłowska, 2022; Popiel, Zawadzki, 2023).

Najnowszy przegląd metaanaliz badań nad skutecznością psychoterapii poznawczo-behawioralnej w odniesieniu do PTSD potwierdza efektywność CBT, opierając się na ogromnej liczbie badań zarówno w populacji osób dorosłych, jak i dzieci i młodzieży. Uznane międzynarodowe towarzystwa: Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne (APA), Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA), National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Australijskie Stowarzyszenie Psychologów (APS), Europejskie Towarzystwo Badań nad Stresem traumatycznym (ESTSS) jednoznacznie wskazują na zweryfikowaną skuteczność TF-CBT w leczeniu dzieci, młodzieży oraz osób dorosłych z PTSD po doświadczeniu traumy incydentalnej. W przypadku dzieci i młodzieży z rozpoznaniem traumy złożonej TF-CBT okazała się skuteczną terapią. Jednakże zalecono zgromadzenie większej liczby danych empirycznych, podobnie jak w odniesieniu do terapii z trzeciej fali CBT (Kowalski i in., 2024).

Edna Foa i Michael Kozak podkreślają, że symptomy PTSD w dużym stopniu wiążą się z mechanizmami warunkowania, uwrażliwiania i wygaszania lęku. Struktura strachu pełni funkcję adaptacyjną, skłaniając do ucieczki przed niebezpieczeństwem. Jednakże pod wpływem traumy sieć strachu ulega

modyfikacji, przekształcając się w patologiczną strukturę strachu. Wówczas bodźce neutralne mogą być błędnie interpretowane i kojarzone z zagrożeniem, wyzwalając reakcję ucieczki. Związki między poszczególnymi elementami patologicznej struktury strachu są fragmentaryczne i nieuporządkowane. Unikanie uniemożliwia dostęp do niej, odgrywając kluczową rolę w utrzymywaniu się objawów lęku i PTSD. Jedynie ekspozycja i emocjonalne przetwarzanie strachu służą wygaszaniu fałszywych alarmów lękowych (Foa, Kozak, 1986; Gałęcki, Szulc, 2023b; Pineles, Mostoufi, Ready, Street, Griffin, Resick, 2011; Popiel, Pragłowska, 2022).

W chwili obecnej dla adolescentów w Polsce jest przeznaczony jeden program leczenia PTSD oparty właśnie na metodzie przedłużonej ekspozycji i przetwarzania emocjonalnego pt. *„Odzyskaj życie po traumie: przedłużona ekspozycja w terapii PTSD nastolatków. Poradnik pacjenta”* i *„Przedłużona ekspozycja w terapii PTSD nastolatków. Emocjonalne przetwarzanie traumatycznych doświadczeń. Podręcznik terapeuty”* autorstwa Edny Foa, Ewy Gilboa-Schechtman i Kelly Chrestman (Chrestman, Gilboa-Schechtman, Foa, 2014; Foa, Gilboa-Schechtman, Chrestman, 2014). Warto pamiętać, że terapia dziecka z doświadczeniem traumy interpersonalnej wymaga nawiązania sojuszu terapeutycznego poprzez uwzględnienie m. in. takich aspektów, jak: uznanie doświadczeń ofiary i zrozumienie przez nie zmian, jakie dokonały się pod wpływem traumatycznego przeżycia, odbudowanie w nim zaufania; wzmacnianie jego autonomii; budowanie poczucia siły i kontroli oraz kształtowanie zdrowej tożsamości (Dąbkowska, 2022; Foa i in., 2014; Resick i in., 2019).

Jeśli dziecko bądź nastolatek, będące ofiarą traumy, podejmą terapię dopiero jako osoby dorosłe, to przez wiele lat mogą polegać na procesach poznawczych ukształtowanych w czasie, gdy ich funkcje wykonawcze nie były jeszcze w pełni rozwinięte. Neurobiologia pomaga zrozumieć dlaczego młodzi ludzie częściej zapadają na PTSD. Kora przedczołowa (stanowiąca ośrodek podejmowania decyzji i kontroli nad ciałem migdałowatym, wyzwalającym silne emocje) może osiągnąć pełnię rozwoju dopiero u osoby po 20 r. ż. Młodzi ludzie często nie tylko są bardziej narażeni na

traumy, lecz przede wszystkim mają mniejsze zasoby do poradzenia sobie z zaistniałą traumą (Johnson, Blum, Giedd, 2009; Resick i in., 2019).

Profesor Patricia A. Resick na przestrzeni wielu lat prowadziła wraz z zespołem badania naukowe w dziedzinie stresu traumatycznego, opracowując terapię przetwarzania poznawczego (CPT – *cognitive processing therapy*). Zaproponowany przez autorkę model biologiczny PTSD odzwierciedla najnowsze wyniki badań nad pracą mózgu w odpowiedzi na uraz psychiczny (Resick i in., 2019).

Objawy PTSD współwystępują ze zmianami w funkcjonowaniu neurochemicznym całego mózgu bądź poszczególnych jego struktur. W trakcie badań z udziałem osób z PTSD dostrzeżono, że ciało migdałowate wykazuje zwiększoną reaktywność, podczas, gdy kora przedczołowa aktywność znacznie zmniejszoną. Jak podają S. B. Johnson i współpracownicy kora przedczołowa koordynuje procesy poznawcze wyższego rzędu. Funkcje wykonawcze to zbiór procesów poznawczych, nadzorujących zachowania ukierunkowane na cel, i obejmujące: planowanie, hamowanie reakcji, pamięć roboczą, uwagę. Te umiejętności pozwalają jednostce zatrzymać się na tyle długo, by mogła dokładnie ocenić sytuację, rozważyć możliwe opcje, zaplanować kierunek działań, a następnie je podjąć. Słabe funkcjonowanie poznawcze prowadzi do trudności w zakresie planowania, koncentracji uwagi, uwzględniania informacji zwrotnej oraz braku elastyczności umysłowej, które mogą utrudniać osąd i podejmowanie decyzji (Gałęcki, Szulc, 2023b; Johnson i in., s. 217).

Prawdopodobnie właśnie dlatego tak wielu klientów z PTSD, dotkniętych traumą psychiczną w dzieciństwie, ma ekstremalne przekonania, zwłaszcza jeśli ich doświadczenie traumy powtarzało się wielokrotnie. Przedstawiciele CBT podkreślają, że do rozwoju PTSD predysponowane są osoby o wyjątkowo sztywnych schematach poznawczych. Jednym z celów terapii poznawczej jest nauczenie pacjentów większej elastyczności w myśleniu (Foa i in., 2014; Popiel, Pragłowska, 2022; Resick i in., 2019).

Znaczącym odkryciem naukowym było potwierdzenie na podstawie wyników badań neuroobrazowych pozytywnego wpływu CPT na procesy neurochemiczne w mózgu: zwiększenie aktywności kory

przedczołowej, która powoduje przerywanie reakcji walki-ucieczki, modulowanej przez ciało migdałowe. Zgodnie z założeniem udowodniono, iż CPT może pomóc w wypracowaniu regulacji afektu (emocji), zwiększeniu elastyczności poznawczej oraz zmianie wielu założeń i przekonań, które zostały rozwinięte w okresie niedojrzałości poznawczej i z powodu występowania objawów unikania nigdy nie zostały zweryfikowane (Resick i in., 2019, s. 31).

Wciąż trwają prace nad poznaniem i sprecyzowaniem mechanizmów neurofizjologicznych, związanych z PTSD. Od ich postępu będą zależeć możliwości skutecznego zapobiegania oraz terapii zaburzeń związanych ze stresem traumatycznym (Gałęcki, Szulc, 2023b).

Terapia poznawczo-behawioralna koncentruje się właśnie na procesach podtrzymujących zaburzenie. Przez długi czas zaburzenie stresowe pourazowe było umiejscowione w grupie zaburzeń lękowych. W aktualnych klasyfikacjach – zarówno DSM-5, jak i ICD-11 – wyróżniono grupę zaburzeń specyficznie związanych ze stresem. Uznano bowiem, że różnorodne negatywne emocje odczuwane przez pacjentów z PTSD takie, jak poczucie winy, złość, wstyd, odraza czy smutek, sprawiają, że PTSD wykracza poza zaburzenie lękowe (Gałęcki, Szulc, 2023b; Popiel, Pragłowska, 2022; Resick, i in., 2019).

Dynamicznie rozwijający się stan wiedzy na temat psychopatologii oraz procesów i mechanizmów, rozstrzygających o skuteczności terapii znalazł odzwierciedlenie w koncepcji psychoterapii poznawczo-behawioralnej ukierunkowanej na procesy. Na przykład niezdolność regulacji emocji uznawana jest za jeden z podstawowych procesów podtrzymujących objawy psychopatologiczne nie tylko PTSD, lecz także wielu innych zaburzeń. Czołowi przedstawiciele podejścia opartego na procesach w ramach „trzeciej fali” CBT Steven Hayes i Stefan G. Hofman postulują, iż procesy psychologiczne nie są połączone ze sobą w sposób linearny, stąd efektywne leczenie powinno uwzględniać wielopoziomowe powiązania. Autorzy podkreślają, iż głównym założeniem terapii opartej na procesach jest kombinacja strategii dostosowanych do osiągania konkretnych, zamierzonych celów (Hofman, Curtiss, Hayes, 2020; Ong, Hayes, Hofmann, 2022; Popiel, Pragłowska, 2022).

Przemoc należy do złożonych i chronicznych zdarzeń traumatycznych. W takich przypadkach oprócz terapii dziecka, formy leczenia psychologicznego często obejmują najpierw interwencję kryzysową, następnie terapię indywidualną opiekunów i/lub leczenie odwykowe, psychoterapię rodzinną, udział sprawców przemocy w programach terapeutycznych, np. dotyczących budowania umiejętności społecznych i rozwiązywania konfliktów, zarządzania agresją itd. (Widera-Wysoczańska, 2010). Dla małżeństw dysfunkcyjnych może być przydatny również udział w terapii par.

Badania nad predyktorami skuteczności leczenia PTSD są nieustannie prowadzone. Mając na uwadze trzy płaszczyzny: poznawczą, emocjonalną i behawioralną, zarówno to, w jaki sposób jednostka doświadcza i przeżywa napotkane wydarzenia i trudności, w jaki sposób poznawczo przetwarza i opracowuje informacje z nimi związane oraz jakie działania w związku z nimi podejmuje, należy stwierdzić, że wszystko to łącznie warunkuje poziom jej odporności psychicznej (Cyniak-Cieciura, Zawadzki, 2019; Dąbkowska, 2022; Franczok-Kuczmowska, 2022). Badawczym wyzwaniem na przyszłość pozostaje poznanie źródeł odporności dzieci na doświadczaną przemoc, traumy interpersonalne i długotrwały stres (Lisowska, 2005).

Podsumowanie

Artykuł ten jest poświęcony z jednej strony charakterystyce przemocy w rodzinie wobec dziecka. Z drugiej strony obejmuje przegląd strategii CBT o potwierdzonej empirycznie skuteczności w leczeniu traumatycznych doświadczeń. Z uwagi na obszerność tematyki w artykule zostały zaprezentowane wybrane strategie CBT, ukierunkowane głównie na leczenie PTSD i C- PTSD.

Diagnostyka PTSD/C-PTSD u dzieci i młodzieży narażona na wiele trudności z różnych przyczyn. Do głównych powodów należą różnice w kryteriach diagnostycznych, wyodrębnionych w obowiązujących klasyfikacjach. Poza tym objawy PTSD i C-PTSD często pokrywają się z innymi zaburzeniami, np. GAD. Oprócz tego dużą rolę odgrywają zmiany rozwojowe, charakterystyczne dla określonego wieku

i etapu rozwoju małych pacjentów, które także mogą utrudniać diagnostykę. Warto pamiętać, iż objawy PTSD oraz C-PTSD u dzieci i adolescentów mogą przybierać formy niespecyficznych manifestacji. Częstokroć nietatwo jest powiązać dolegliwości dziecka z traumą i zdiagnozować PTSD, gdyż pacjent niezapytany przez klinicystę o konkretne objawy unika przywoływania niechcianych wspomnień (Dąbkowska, 2022; Gałęcki, Szulc 2023a; Kono-walek, 2020; Popiel, Pragłowska, 2022).

Planując oddziaływania psychoterapeutyczne wobec dziecka – ofiary przemocy domowej – należy pamiętać, iż jest ono ściśle związane ze swoją rodziną. Pomoc dziecku, uwikłanemu w problemy rodzinne

wymaga kompleksowego podejścia, ponieważ za-zwyczaj właśnie rodzice, pozostając jego prawnymi opiekunami, potrzebują pomocy i wsparcia w różnych obszarach. Podobnie, jak w sytuacji klęski żywiołowej, tak i w przypadku przemocy w rodzinie skuteczna pomoc i ochrona dziecka zależy od zaangażowania oraz skoordynowanego współdziałania specjalistycznych służb. Niezwykle ważne są przy tym działania edukacyjne, zwiększające świadomość i wiedzę społeczeństwa na temat zagrożenia i możliwości przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Najważniejsze – żeby u dziecka z doświadczeniem traumy interpersonalnej odzyskać zaufanie i wiarę w ludzi.

Bibliografia

- Allen, J. J., Anderson, C. A., & Bushman, B. J. (2018). The General Aggression Model. *Current Opinion in Psychology*, 19, 75–80. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.03.034>
- Bandura, A., Huston, A. C. (1961). Identification as a process of incidental learning. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63(2), 311–318. <https://doi.org/10.1037/h0040351>
- Bandura, A., Ross, D., & Ross, S. A. (1961). Transmission of aggression through imitation of aggressive models. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63(3), 575–582. <https://doi.org/10.1037/h0045925>
- Beck, A. T. (2020). *Miłość nie wystarczy. Jak rozwiązywać nieporozumienia i konflikty małżeńskie* (tłum. A. Jankowski). Poznań: Media Rodzina. (Oryginał: Beck, A. T. (1989). *Love is never enough: How couples can overcome misunderstandings, resolve conflicts, and solve relationship problems through cognitive therapy*. HarperCollins).
- Beck, J. S. (2021). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (3rd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Bryńska, A. (2020). *Przemoc w rodzinie, przemoc seksualna wobec dzieci, postępowanie wobec ofiar przemocy*. W B. Remberk (red.), *Zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży* (s. 609–630). Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- Chrestman, K. R., Gilboa-Schechtman, E., & Foa, E. B. (2014). *Odzyskaj życie po traumie: przedłużona ekspozycja w terapii PTSD nastolatów. Poradnik pacjenta*. Sopot: GWP.
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Brewin, C. R., Bryant, R. A., & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 4, 1–12. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.20706>
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Weiss, B., Carlson, E. B., & Bryant, R. A. (2014). Distinguishing PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: A latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, 1–10. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25097>
- Cyniak-Cieciura, M., & Zawadzki, B. (2019). The relationship between temperament traits and post-traumatic stress disorder symptoms and its moderators: Meta-analysis and meta-regression. *Trauma, Violence, & Abuse*, 20(1), 1–15. <https://doi.org/10.1177/15244838019876702>
- Dąbkowska, M. (2022). Zaburzenie stresowe pourazowe. W M. Janas-Kozik & T. Wolańczyk (red.), *Psychiatria dzieci i młodzieży* (T. 2, s. 15–44). Warszawa: PZWL.
- Filipek, A. (2014). *Przemoc w rodzinie a realizacja ról rodzicielskich*. W J. Szymanowska (red.), *Wyzwania współczesnego dzieciństwa i rodzicielstwa* (s. 95–111). Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Foa, E. B., Gilboa-Schechtman, E., & Chrestman, K. R. (2014). *Przedłużona ekspozycja w terapii PTSD nastolatów. Emocjonalne przetwarzanie traumatycznych doświadczeń. Podręcznik terapeuty*. Sopot: GWP. (Oryginał: Foa, E. B., Gilboa-Schechtman, E., & Chrestman, K. R. (2008). *Prolonged Exposure Therapy for Adolescents with PTSD*).
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20–35.
- Franczok-Kuczmowska, A. (2022). Adults' resilience in the light of measurement methods. *Developmental Psychology*, 27(1), 9–26. <https://doi.org/10.4467/20843879PR.22.001.16676>
- Froń, O., & Lewandowska, A. (2023). Złożony zespół stresu pourazowego u dzieci i młodzieży – walidacja nowego zaburzenia w ICD-11. W A. Lewandowska (red.), *Monografia. Psychiatria wieku rozwojowego* (s. 75–80). Warszawa, Medical Tribune.
- Gałęcki, P. (2024). *Kryteria diagnostyczne DSM-5-TR*. Wrocław, Edra Urban & Partner.
- Gałęcki, P., & Szulc, A. (2023a). *Psychiatria. Rozpoznanie według ICD-11*. T. 2. Wrocław: Edra Urban & Partner.
- Gałęcki, P., & Szulc, A. (2023b). Zaburzenia swoiście związane ze stresem. W P. Gałęcki & A. Szulc (red.), *Psychiatria. Rozpoznanie według ICD-11*. T. 1 (s. 345–372). Wrocław: Edra Urban & Partner.
- Greenberg, M. (2018). *Mózg odporny na stres*. Poznań: REBIS. (Oryginał: *The stress-proof brain: Master your emotional response to stress using mindfulness and neuroplasticity* (2017). New Harbinger Publications).
- Grzegorzewska, I. (2020). *Terapia dzieci po urazach psychicznych [Therapy for children after psychological trauma]*. In I. Grzegorzewska, L. Cierpiałkowska, & A. R. Borkowska (Eds.), *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży [Clinical psychology of children and adolescents]* (s. 869–877). Warszawa: PWN.

- Hofmann, S. G., Curtiss, J. E., & Hayes, S. C. (2020). Beyond linear mediation: Toward a dynamic network approach to study treatment processes. *Clinical Psychology Review*, 76, 101824. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101824>
- Holiczer, A., Gałuszko, M., & Cudała, W. J. (2007). Zaburzenie stresowe pourazowe – opis ewolucji koncepcji zaburzenia i podejść terapeutycznych [Post-traumatic stress disorder: Evolution of the concept and therapeutic approaches]. *Psychiatria*, 4(1), 25–32.
- Huesmann, L. R. (2018). An integrative theoretical understanding of aggression: A brief exposition. *Current Opinion in Psychology*, 19, 119–124. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.04.015>
- Johnson, S. B., Blum, R. W., & Giedd, J. N. (2009). Adolescent maturity and the brain: The promise and pitfalls of neuroscience research in adolescent health policy. *Journal of Adolescent Health*, 45(3), 216–221. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.05.016>
- Keane, T. M., & Barlow, D. H. (2002). Posttraumatic stress disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (s. 418–452). New York, NY: Guilford Press.
- Komenda Główna Policji (KGP). (2025, April 6). *Przemoc domowa – dane za 2024 rok* [Domestic violence – data in 2024]. Pobrane z <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/przemoc-domowa/50867,Przemoc-domowa-dane-od-2023-roku.html>
- Komenda Główna Policji (KGP). (2025, May 15). *Przemoc w rodzinie – dane od 2012 roku* [Violence in family – data from 2012]. Pobrane z <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/przemoc-domowa/201373,Przemoc-w-rodzinie-dane-od-2012-do-2022-roku.html>
- Konowalek, Ł. (2020). Zaburzenie stresowe pourazowe [Post-traumatic stress disorder]. In B. Remberk (Ed.), *Zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży* [Mental disorders in children and adolescents] (s. 199–206). Warszawa: PZWŁ Wydawnictwo Lekarskie.
- Kowalski, J., Blaut, A., Dragan, M., Farley, D., Pankowski, D., Sanna, K., Śliwowski, A., & Wiśniewska, J. (2024). *Systematyczny narracyjny przegląd metaanaliz badań nad skutecznością psychoterapii poznawczo-behawioralnej i zaleceń terapeutycznych opublikowanych między 2010 a 2023* [A systematic narrative review of meta-analyses on the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and therapeutic recommendations published between 2010 and 2023]. Warszawa: Polskie Towarzystwo Terapii Poznawczej i Behawioralnej im. Prof. Zdzisława Bizonia.
- Lewoc, M. (2024). Prawo a przemoc domowa w 2023 roku [Law and domestic violence in 2023]. *Niebieska Linia*, 6, 1–9. Pobrane z <https://www.niebieskalinia.pl/aktualnosci/artykuly-niebieskiej-linii/prawo-a-przemoc-domowa-w-2023-roku-61552024>
- Lisowski, E. (2005). *Przemoc wobec dzieci – rozpoznawanie i przeciwdziałanie* [Violence against children – identification and prevention]. Kielce: Wydawnictwo Akademii Świętokrzyskiej.
- Lubińska-Bogacka, M. (2019a). *Stosowanie przemocy wobec dziecka – przyczyny, skutki, diagnozowanie i profilaktyka* [Use of violence against a child – causes, consequences, diagnosis, and prevention]. Kraków: Petrus.
- Lubińska-Bogacka, M. (2019b). *Wybrane problemy przemocy w rodzinie: krótkotrwałe i wtórne skutki dla ofiar* [Selected issues of domestic violence: short-term and secondary consequences for victims]. Kraków: Petrus.
- Mellibruda, J. (2015). *Rany i blizny psychiczne* [Psychological wounds and scars]. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP. Dziecięce traumy i trudne życie – nie tylko u DDA [Childhood trauma and difficult life – not only for adult children of alcoholics]. Pobrane 7.06.2025 z <https://psychologia.edu.pl/component/content/article/115-teksty/1374-dzieciece-traumy-i-trudne-zycie-nie-tylko-u-dda.html>
- Mende, W. (2015). 16 lat procedury „Niebieskie Karty” z perspektywy danych statystycznych [16 years of the “Blue Card” procedure from the perspective of statistical data]. *Kwartalnik Policyjny*, 3, 15–20. Pobrane 7.06.2025 z <https://kwartalnik.csp.edu.pl/kp/archiwum-1/2015/nr-32015/2819,16-lat-procedury-Niebieskie-Karty-z-perspektywy-danych-statystycznych.html>
- Merecz-Kot, D. (2021). Diagnoza zaburzeń w stanie zdrowia po doświadczeniach traumatycznych – perspektywa historyczno-kulturowa [Diagnosis of health disorders after traumatic experiences – historical-cultural perspective]. In M. Dragan & M. Rzesutek (Eds.), *Z badań nad traumą psychiczną w Polsce* [Research on psychological trauma in Poland] (s. 17–39). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Michalska, K., & Jaszczak-Kuźmińska, D. (2014). *ABC przeciwdziałania przemocy w rodzinie – diagnoza, interwencja, pomoc* [ABC of counteracting domestic violence – diagnosis, intervention, help]. Warszawa: Fundacja ETOH: Wydawnictwo Edukacyjne Remedium.
- Młyński, J. (2012). Przemoc w rodzinie – skala zjawiska, ofiary przemocy i formy pomocy pracowników socjalnych [Family violence – the scale of the phenomenon, its victims and social workers’ forms of help]. *Studia Socialia Cracoviensia*, 4(2), 141–156. <https://doi.org/10.15633/ssc.416>
- O’Connor, D. B., Thayer, J. F., & Vedhara, K. (2021). Stress and health: A review of psychobiological processes. *Annual Review of Psychology*, 72, 663–688. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-062520-122331>
- Ong, C. W., Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2022). A process-based approach to cognitive behavioral therapy: A theory-based case illustration. *Frontiers in Psychology*, 13, 1002849. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1002849>
- Pineles, S. L., Mostoufi, S. M., Ready, C. B., Street, A. E., Griffin, M. G., & Resick, P. A. (2011). Trauma reactivity, avoidant coping, and PTSD symptoms: A moderating relationship? *Journal of Abnormal Psychology*, 120(1), 240–246. <https://doi.org/10.1037/a0022123>
- Polok, G. (2021). *Rozwinąć skrzydła* [Spread your wings]. Katowice.
- Popiel, A., & Pragłowska, E. (2022). *Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka* [Cognitive-behavioral therapy: Theory and practice] (2nd expanded edition). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN S.A.
- Popiel, A., & Zawadzki, B. (2023). Psychoterapia – quo vadis? [Psychotherapy – quo vadis?]. *Kwartalnik NAUKA*, 3, 61–85. <https://doi.org/10.24425/nauka.2023.147311>
- Pospiszył, I. (2000). *Przemoc w rodzinie* [Domestic violence in the family]. Warszawa: WSiP.
- Rada Ministrów. (2023, September 6). Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 6 września 2023 r. w sprawie procedury “Niebieskie Karty” oraz wzorów formularzy “Niebieska Karta” [Regulation on the “Blue Card” procedure and “Blue Card” form templates]. Dz.U. 2023 poz. 1870. Pobrane z <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20230001870>
- Resick, P. A., Bovin, M. J., Calloway, A. L., Dick, A. M., King, M. W., Mitchell, K. S., Suvak, M. K., Wells, S. Y., Stirman, S. W., & Wolf, E. J. (2012). A critical evaluation of the complex PTSD literature: Implications for DSM-5. *Journal of Traumatic Stress*, 25(3), 241–251. <https://doi.org/10.1002/jts.21699>

- Resick, P. A., Monson, C. M., & Chard, K. M. (2019). *Terapia przetwarzania poznawczego w zespole stresu pourazowego (PTSD): podręcznik dla klinicystów* [Cognitive processing therapy for PTSD: A comprehensive therapist manual] (Polish translation of Cognitive Processing Therapy for PTSD, originally published 2017). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Schaffer, H. R. (2009). *Psychologia dziecka* [Introducing child psychology] (Polish translation of Introducing Child Psychology, originally published 2004). Warszawa: PWN.
- Sejm Rzeczypospolitej Polskiej. (2005, July 29). *Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej z późn. zm.* [Act of 29 July 2005 on counteracting domestic violence, as amended]. Dz.U. z 2024 r. poz. 424. Pobrane z <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20240000424>
- Sejm Rzeczypospolitej Polskiej. (2023, March 9). *Ustawa z dnia 9 marca 2023 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz niektórych innych ustaw* [Act amending the Act on counteracting family violence and certain other acts]. Dz.U. z 2023 r. poz. 535. Pobrane z <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20230000535>
- Sejm Rzeczypospolitej Polskiej. Konwencja o prawach dziecka przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 r. [Convention on the Rights of the Child adopted by the United Nations General Assembly on 20 November 1989]. Dz.U. 1991 nr 120 poz. 526. Pobrane z <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wd19911200526>
- Siejak, A. (2016). *“Kocham, nie biję”?: przemoc wobec dzieci w dyskursie publicznym* [“I love, I don’t hit”: Violence against children in public discourse]. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Dziecka.
- Szmyd, B. (2008). Rola Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w rozwiązywaniu kryzysów wieku dziecięco-młodzieżowego [The role of the Psychological-Pedagogical Counseling Center in resolving child-adolescent crises]. In I. Kurlak & A. Gretkowski (Eds.), *Pomoc dziecku i rodzinie w sytuacji kryzysowej* [Helping children and families in crisis] (s. 115–124). Stalowa Wola – Sandomierz: Wydawnictwo Diecezjalne i Drukarnia.
- Widera-Wysoczańska, A. (2010). *Mechanizmy przemocy w rodzinie: z pokolenia na pokolenie* [Mechanisms of domestic violence: From generation to generation]. Warszawa: Difin.
- Zagórski, B. J. (2017). Wsparcie duchowe w rodzinie z przemocą – praktyka duszpasterska [Spiritual support in families with violence – pastoral practice]. In A. Lewicka-Zelent (Ed.), *Przemoc rodzinna. Aspekty psychologiczne, pedagogiczne i prawne* [Domestic violence: Psychological, pedagogical, and legal aspects] (s. 161–169). Warszawa: Difin.
- Zawadzki, B. (2024). Temperament traits as predictors of the effectiveness of different methods of posttraumatic stress disorder (PTSD) therapy. Keynote presented at the International Scientific Conference: *“Tailor-made. Cognitive Behaviour Therapy”* (“Szyta na miarę. Terapia poznawczo-behawioralna”), 18 May 2024, Warszawa.
- Zawadzki, B., & Popiel, A. (2014). Na rozstaju dróg: struktura objawów stresu pourazowego (PTSD) po DSM-5, a przed ICD-11 [At the crossroads: Structure of PTSD symptoms after DSM-5 and before ICD-11]. *Kwartalnik NAUKA*, 4, 69–86.