Wytyczne dotyczące diagnozy i leczenia dzieci oraz młodzieży z objawami dysocjacyjnymi i zaburzeniami dysocjacyjnymi

Komisja ds. Dzieci i Młodzieży
Europejskiego Towarzystwa Traumy i Dysocjacji (ESTD)

Przekład na język polski: Igor Pietkiewicz, Radosław Tomalski
www.e-psyche.eu

Wytyczne te zostały opracowane przez Komitet ds. Dzieci i Młodzieży ESTD. Przewodniczący: dr Renée Potgieter Marks, członkowie: dr Arianne Struik, dr Anca Sabau we współpracy z członkami zarządu ESTD mgr Anna Gerge, psychoterapeuta i dr Annemiek van Dijke.

1. WPROWADZENIE

Jako Komisja ds. Dzieci i Młodzieży ESTD, w trakcie wielu, dyskusji zdaliśmy sobie sprawę, że istnieje wiele podobieństw, ale także różnic w naszej pracy z dziećmi[1] dysocjacyjnymi. Celem poniższych zaleceń jest wypracowanie wspólnych podstaw opartych na wiedzy z badań, innych zaleceń (patrz lista referencyjna), doniesień z konferencji, specjalistycznych szkoleń i doświadczenia klinicznego Komisji ESTD. Doceniamy w szczególności pracę grupy roboczej (zwłaszcza wkład Joy Silberg i Frances Waters), która w ramach swojej pionierskiej pracy, badań, szkoleń

[1] Słowo „dzieci" jest używane zamiennie z „młodzież" w dalszej części niniejszych zaleceń.

Wszelkie prawa zastrzeżone. Copyright do tłumaczenia polskiego by Pietkiewicz & Tomalski, 2020
www.e-psyche.eu

i poradnictwa, opracowała wytyczne ISSTD dla dzieci i młodzieży. Wytyczne te różnią się od wytycznych dla dorosłych w kilku aspektach, choć istnieją również pewne podobieństwa. Chociaż nadal dysocjacja u dzieci i młodzieży jest często niedostatecznie rozpoznawana, to dokonuje się szybki rozwój w tej dziedzinie. Strategie leczenia mają na celu zmniejszenie objawów poprzez zwiększenie regulacji emocjonalnej, skuteczne przepracowanie traumy, zmniejszenie nasilenia dysocjacji i promowanie integracji. Najbardziej skutecznym podejściem w leczeniu konkretnych przypadków jest często podejście eklektyczne, w którym klinicysta wykazuje elastyczność i kreatywność w wykorzystaniu szerokiej gamy dostępnych technik (ISSTD, 2003). Poniższe wytyczne mogą jednak pomóc klinicystom w zaplanowaniu procesu diagnozy i leczenia dzieci, opierając się na dowodach naukowych potwierdzających skuteczność metod.

Ponieważ leczenie jest różne dla poszczególnych grup wiekowych, tekst jest podzielony podzielone odpowiednio na fragmenty dotyczące grup wiekowych: 0-4 lat i 4-18 lat. W wytycznych wskazano odpowiednio poziom dowodów naukowych:

- Minimalny standard (MS) z dowodami pochodzącymi z randomizowanych badań kontrolnych (RCT) i innych badań. Z powodu braku badań w tej dziedzinie nie ma zaleceń, które pasowałyby do kryteriów minimalnego standardu.
- Zalecenia kliniczne (Clinical Guidelines, CG), oparte na opinii ekspertów, konsensusie ekspertów i studiach przypadków.
- Opcje (OP), oparte na opinii ekspertów ESTD, studiach przypadków, ale bez konsensusu ekspertów.
- Nie zalecane (Not Endorsed, NE), których stosowanie jest odradzane.

2. CELE

Celami leczenia dzieci i młodzieży z objawami dysocjacyjnymi są:

- Zapewnienie dziecku bezpieczeństwa w jak największym zakresie, rozpoznanie traumy i zapobieganie jej, a także zapobieganie ponownemu odtwarzaniu doświadczeń urazowych (re-enactment) (Ford i Courtois, 2013; Silberg, 2013).

Wszelkie prawa zastrzeżone. Copyright do tłumaczenia polskiego by Pietkiewicz & Tomalski, 2020
www.e-psyche.eu

- Promowanie stabilizacji i regulacji emocjonalnej (Arvidson i in., 2011; Silberg, 2013; Struik, 2014)
- Zapewnienie sposobów umożliwiających dziecku przetwarzenie traumatycznych doświadczeń (Silberg, 2013; Struik, 2014; Waters, 2016; Wieland, 2015).
- Ustanowienie warunków potrzebnych do integracji stanów dysocjacyjnych i umożliwienie dziecku rozwijania zintegrowanego poczucia siebie (Silberg, 2013; Struik, 2014; Waters, 2016; Wieland, 2015).
- Ponowne włączenie dziecka do poziomu funkcjonowania odpowiedniego dla wieku i we wszystkich domenach: poznawczej, emocjonalnej, społecznej i relacyjnej. W ten sposób dzieci mogą na nowo rozwinąć poczucie niezależności, kompetencji i panowania nad umysłem, ciałem oraz życiem (Arvidson i in., 2011; Silberg, 2013; Struik, 2014).

3. KWALIFIKACJE

Ponieważ praca z tymi dziećmi może być trudna, zalecane jest posiadanie następujących kwalifikacji:

- Klinicyści powinni być zarejestrowani lub akredytowani przez odpowiednie stowarzyszenia zawodowe w kraju, w którym wykonują zawód.
- Klinicyści potrzebują wystarczającej wiedzy na temat rozwoju dziecka i zaburzeń psychicznych wieku rozwojowego.
- Zaleca się, aby klinicyści uczestniczyli w szkoleniach, warsztatach i konferencjach prowadzonych przez uznanych w tej dziedzinie ekspertów, posiadających wiedzę i doświadczenie w pracy z dziećmi ze złożoną traumą i dysocjacją oraz korzystali ze szkoleń opartych na uznanych ramach teoretycznych.
- Ponieważ jest to wciąż rozwijająca się dziedzina, klinicyści muszą mieć aktualną wiedzę na temat różnych teorii dotyczących złożonej traumy i dysocjacji u dzieci oraz młodzieży.
- Zaleca się, aby klinicyści utrzymywali kontakt z krajowymi lub międzynarodowymi towarzystwami naukowymi zajmującymi się badaniami

Wszelkie prawa zastrzeżone. Copyright do tłumaczenia polskiego by Pietkiewicz & Tomalski, 2020
www.e-psyche.eu

nad traumą i dysocjacją (ESTD lub ISSTD), aby mieć dostęp do badań i aktualnych informacji na temat dysocjacji u dzieci i młodzieży.

- Klinicyści potrzebują autorefleksji i wewnętrznej stabilności. Muszą być w stanie ustanowić i utrzymać granice oraz mieć świadomość występowania jednocześnie różnych złożonych reakcji przeniesieniowych (multiple transferences), zachodzących również na poziomie organizacji.
- Z powodu silnego pozytywnego i negatywnego (przeciw-) przeniesienia podczas pracy z tymi dziećmi i rodzicami, klinicyści powinni mieć dostęp do regularnej (koleżeńskiej) superwizji lub konsultacji, aby zastanawiać się nad tymi zjawiskami i zapobiec wtórnej traumatyzacji.

4. PODSTAWY TEORETYCZNE

Stwierdzono, że objawy dysocjacyjne u dzieci są związane z następującymi doświadczeniami:

- Doświadczenia traumatyczne (Anda, Felitti, Bremner, Walker, Whitfield, Perry, 2013; Coons, 1996; Dell, Eisenhower, 1990; Hornstein & Putnam, 1992; Nilsson 2007);
- Zaniedbanie (Brunner, Parzer, Schuld, Resch, 2000; Ogawa i in., 1997);
- Odrzucające i niespójne zachowanie rodziców/opiekunów (Liotti, 2006, 2009; Mann, Sanders, 1994);
- Traumatyczne doświadczenia fizyczne i traumatyzujące leczenie (Stolbach, 2005);
- Introjekcja sprawcy przemocy (Potgieter-Marks, 2012, 2016; Waters, 2016).

Zarówno ICD-10 i DSM-5 mają swoje ograniczenia dotyczące diagnostycznych aspektów złożonych urazów oraz zaburzeń dysocjacyjnych u dzieci i młodzieży.

Od strony teoretycznej, ważne jest zrozumienie neurobiologii traumy, dysocjacji oraz wpływu traumy na rozwijający się mózg dziecka (Ford, 2009; Perry, 2013; Schore, 2009; Silberg, Dallam, 2009; Silberg 2013; Stien, Kendal, 2004; Wieland, 2015). Z powodu istotnego wpływu traumy na rozwój mózgu, szczególnie we wczesnym dzieciństwie, dziecko wykazuje zaburzenia (dysfunkcje) fizjologiczne,

Wszelkie prawa zastrzeżone. Copyright do tłumaczenia polskiego by Pietkiewicz & Tomalski, 2020
www.e-psyche.eu

emocjonalne, relacyjne i poznawcze, a także behawioralne (Perry, 2009; Ludy-Dobson, Perry, 2010).

Klinicysta musi również dobrze rozumieć wpływ traumy na zachowanie i prezentację dysocjacji u dzieci (Andrea, Ford, Stolbach, Spinazzola, Van der Kolk, 2012; Stien, Kendal, 2004). Ponieważ przywiązanie odgrywa kluczową rolę w leczeniu dzieci, klinicyści muszą również rozumieć doświadczenia związane z przywiązaniem dziecka i tego, w jaki sposób traumatyczne doświadczenia mogą wpłynąć na to przywiązanie. Zdezorganizowane wzorce przywiązania występują nieproporcjonalnie często w przypadkach nadużycia, szczególnie w przypadku maltretowania (82%) (Carlson, Cicchetti, Barnett, Braunwald, 1989). Teoria przywiązania Bowlby'ego i model zdezorganizowanego przywiązania (Liotti, 1999, 2006, 2009) wyjaśniają pojawienie się różnych wewnętrznych modeli siebie oraz innych, tworzących podatność na dysocjację. Modele te są ważnymi elementami teorii z punktu widzenia diagnozy i leczenia.

Barach (1991) powiązał fragmentację self w osobowości borderline z przywiązaniem. Badania eksplorujące związki pomiędzy nasileniem dysocjacji i traumy dziecięcej (wykorzystywanie seksualne / fizyczne, obserwowanie przemocy między rodzicami), wczesnej separacji od rodzica i zaburzeniami u rodziców pokazują, że dysocjacja (choć związana z traumą) jest również związana z zaniedbaniem (Draijer, Langeland, 1999).

Van Dijke i in. (2010, 2011, 2015) wykazali również również związki pomiędzy dysocjacją i dysfunkcyjnymi wzorcami samoregulacji oraz regulacją afektu u dorosłych. Dysfunkcyjne wzorce regulacji związane z dysocjacją można też znaleźć w kilku badaniach obrazowych (Lanius i in., 2010). Van der Kolk (2005), Perry (2006), Silberg (2013) i Struik (2014) łączą wykorzystywanie, zaniedbanie i traumę z problemami regulacji emocjonalnej u dzieci.

Klinicyści powinni rozumieć i stosować co najmniej jeden model teoretyczny dotyczący dysocjacji[2].Obecnie najbardziej znane modele teoretyczne dla dorosłych to: model stanów ego (The Ego State Model, Watkins, 1978; Watkins & Watkins, 1993,1997), model stanów behawioralnych (Behavioural State Model, Putnam, 1997)

[2] Wieland (2015) i Dell & McNeil (2009) dokonali przeglądu różnych modeli.

Wszelkie prawa zastrzeżone. Copyright do tłumaczenia polskiego by Pietkiewicz & Tomalski, 2020
www.e-psyche.eu

i model strukturalnej dysocjacji osobowości (Structural Dissociation Model, Van der Hart, Nijenhuis i Steele, 2006). Według tego modelu dzieci, które w młodym wieku i przez dłuższy czas są zmuszone do dysocjacji celem przetrwania, to mogą mieć w takim stopniu upośledzone funkcje integracyjne, że dochodzi u nich, według Van der Harta i in. (2006), do strukturalnej dysocjacji osobowości. Model dysocjacji strukturalnej jest powszechnie akceptowany w ISSTD i ESTD w odniesieniu do dorosłych i ma pewne poparcie w badaniach (Nijenhuis, 2012; Reinders i in., 2003; Reinders i in., 2006; Reinders, Willemsen i in. , 2012; Schlumpf i in., 2013). Stosowany w codziennej praktyce model dysocjacji strukturalnej jest bardzo podobny do modelu stanów ego. Struik (2014) opisuje wykorzystanie modelu dysocjacji strukturalnej w pracy z dziećmi i młodzieżą, a Wieland (2015) i Gerge i in. (2013) opisują wykorzystanie modelu stanów ego i modelu dysocjacji strukturalnej w pracy z dziećmi. Silberg (2013) opisuje teorię unikania afektu (Affect Avoidance Theory), która opiera się na literaturze rozwojowej, w szczególności modelu odrębnych stanów behawioralnych Putnama (1997), teorii przywiązania, teorii afektu i neurobiologii interpersonalnej oraz wyjaśnia, w jaki sposób i dlaczego u dzieci z traumatyzacją rozwijają się strategie radzenia sobie oparte na dysocjacji.

> T*eoria unikania afektu dostarcza ramy teoretyczne dla różnych zjawisk dysocjacyjnych. W modelach tych zjawisko dysocjacyjne postrzegane jest jako normatywne i adaptacyjne. Model ten zwraca uwagę na sposoby, w jakie zmiany świadomości dziecka, rozwój tożsamości, afekt lub zachowanie służyły ochronie dziecka, a ponadto dostarcza modelu dla stopniowego przekierowywania dziecka z powrotem na zachowania typowe dla bardziej normatywnej trajektorii rozwojowej* (Silberg, 2013, s.17).

Istotą tego modelu teoretycznego jest zajęcie się podstawowym problemem zdysocjowanego dziecka, tzn. unikaniem afektu. Waters (w: Wieland, red. 2015) opisuje model terapeutyczny (Quadri Therapeutic Model) leczenia dzieci z zaburzeniem dysocjacyjnym, który łączy w sobie zasady teorii dysocjacji, przywiązania, teorii rozwojowej i teorii systemu rodzinnego. Model ten został zaadaptowany do modelu teoretycznego STAR (STM). Model STAR opisuje wszystkie modele, które należy wziąć pod uwagę podejmując się leczenia zdysocjowanego dziecka. Obejmuje on przywiązanie, system rodzinny, teorie rozwojowe, neurobiologiczne i dysocjacyjne. Waters (2016) kładzie nacisk na

Wszelkie prawa zastrzeżone. Copyright do tłumaczenia polskiego by Pietkiewicz & Tomalski, 2020
www.e-psyche.eu

integrację wszystkich tych teorii, w leczeniu dziecka z dysocjacją. Wszystkie pięć teorii „to ścieżki, które prowadzą do stosowania dysocjacji przez dzieci i młodzież lub wpływają na jej stosowanie" (Waters, 2016, p 4). Istotą tego modelu jest zachowanie perspektywy integracyjnej podczas pracy nad złożonymi problemami dziecka z dysocjacją.

5. DIAGNOZA

Rozpoznawanie lub diagnozowanie dysocjacji wymaga dokładnej oceny wszystkich obszarów rozwoju dziecka, w tym dokładne zbadanie objawów dysocjacji. Konkretne objawy, które mogą mieć charakter dysocjacyjny, zostały podsumowane poniżej (CG).

- Dziecko może mieć wyobrażeniowych przyjaciół, „wewnętrznych znajomych, o których nikt nie wie" lub mówić o „niewidzialnym przyjacielu". Ci przyjaciele lub osoby zwykle wykraczają poza zakres tego, co wyobrażają małe dzieci lub różni się jakością lub funkcją. Te stany dysocjacyjne mogą być identyfikowane jako: pomocnicy, obrońcy, opiekunowie, sprawcy lub młodsze, zregresowane stany self. Zwykle nie przypominają wyobrażeniowych przyjaciół, których małe dzieci mają jako towarzyszy zabaw. Dziecko może je odczuwać jako pomocne, kontrolujące, konfliktowe, może się ich bać lub chcieć się ich pozbyć. Może słyszeć, jak walczą ze sobą lub przekazują dziecku wiadomości.
- Dziecko może w swojej głowie słyszeć „głosy" mówiące do nich lub krzyczące. Dziecko może słyszeć głosy nakazujące się krzywdzić, znęcać się lub atakować innych albo okazywać nieodpowiednie zachowanie.
- W wywiadzie może być historia samookaleczenia, seksualizacji lub agresji i przemocy.
- W wywiadzie mogą być niewyjaśnione objawy fizyczne, które nie mają źródła somatycznego. Może pojawiać się dysocjacja somatoformiczna z brakiem świadomości doznań z ciała lub doświadczeń cielesnych, prowadząca na przykład do moczenia się lub zanieczyszczania.

Wszelkie prawa zastrzeżone. Copyright do tłumaczenia polskiego by Pietkiewicz & Tomalski, 2020
www.e-psyche.eu

- Dziecko może mieć amnezję neutralnych, pozytywnych lub negatywnych zdarzeń lub incydentów behawioralnych i zaprzeczać jakiemukolwiek udziałowi w nich. Dziecko może nawet zgłaszać amnezję wydarzeń sprzed kilku minut. Dziecko dysocjacyjne jest często obwiniane za kłamstwo, zwłaszcza opowiadanie kłamstw pomimo relacji naocznych świadków. Te kłamstwa są często postrzegane jako niepotrzebne lub bezsensowne.
- Zachowanie dziecka może szybko zmieniać się ze spokojnego w agresywne, niespokojne, zregresowane lub kontrolujące. Dziecko może również ujawniać dziwne informacje lub wykonywać, w powtarzalny sposób, bezsensowne / dziwne ruchy ciałem. Dzieci często prezentują znaczną zmianę głosu i mimiki podczas tych zmian.
- Często zgłaszana jest zmienność w zakresie posiadanych umiejętności. Na przykład, dziecko może być w stanie wykonać dobrze daną czynność lub jednego dnia wykazuje się określoną umiejętnością, ale nie potrafi wykonać tej samej czynności lub użyć danej umiejętności następnego dnia. Dziecko może również wykazywać podobne niespójności w zakresie preferencji związanych z jedzeniem lub ubieraniem się.
- Podczas wykonywania zadań w domu lub w szkole, dziecko może mieć problemy z kontaktowaniem się z rzeczywistością i woli zajmować się fantazjowaniem lub wchodzi naprzemiennie w role różnych wyobrażonych postaci. Dziecko dysocjacyjne ma trudności z kontaktem z rzeczywistością lub jest w stanie to zrobić tylko przez ograniczony czas, co sprawia, że fantazjowanie zaczyna negatywnie wpływać na jego ogólną wydajność. Takie zachowanie zwykle różni się od normalnej fantazji, w której dziecko lubi fantazję, ale jest w stanie szybko przejść do rzeczywistości i wziąć na siebie adekwatną odpowiedzialność.
- Nauczyciele mogą zgłaszać problemy z koncentracją u dziecka, stany przypominające trans i trudności w uczeniu się, często dotyczące zadań wymagających umiejętności integracyjnych (wszechstronnego czytania lub matematyki) lub zmiany poziomu umiejętności podczas zajęć szkolnych. Wyniki profilu ilorazu inteligencji mogą być rozproszone lub wahać się przy kolejnych

Wszelkie prawa zastrzeżone. Copyright do tłumaczenia polskiego by Pietkiewicz & Tomalski, 2020
www.e-psyche.eu

powtórzeniach badań. Dziecko może prezentować różne rodzaje charakteru pisma.

Podczas diagnozowania, informacje przekazane przez dziecko muszą być dokładnie zbadane, unikając sugestii lub naprowadzających pytań (Walker, 1999). Klinicyści muszą zachować ostrożność, aby dziecko nie czuło presji, aby odpowiedzieć właściwie, gdyż może zacząć dysocjować z powodu konfliktu pomiędzy stanami dysocjacyjnymi. Dzieci, które nie czują się bezpiecznie i są nadal ofiarami nadużycia lub złego traktowania mogą bać się odpowiadać lub ujawniać informacje o traumie lub stanach dysocjacyjnych oraz mogą być bardzo zestresowane pytaniami lub oceną. Zastosowanie technik ugruntowujących (grounding) może złagodzić stres dziecka.

Dzieci z dysocjacją lub zaburzeniami dysocjacyjnymi często mają inne objawy lub inne zaburzenia, takie jak: zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne (OCD), zaburzenia odżywiania, PTSD, reaktywne zaburzenia więzi (RAD), zaburzenie nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD), zaburzenie deficytu uwagi (ADD), zaburzenia afektywne, zwłaszcza depresja i choroba afektywna dwubiegunowa typu II, zaburzenia związane z nadużywaniem substancji, samookaleczenia i próby samobójcze, stany psychotyczne lub przedpsychotyczne, zaburzenia ze spektrum autyzmu, zaburzenia zachowania i zaburzenia buntownicze, które mogą być współistniejące lub błędnie zdiagnozowane.

Przy diagnozie różnicowej należy upewnić się, że nie występują ogólne zaburzenia medyczne, które mogłyby naśladować dysocjację, takie jak: działanie leków, zaburzenia napadowe i inne zaburzenia neurologiczne, które należy wykluczyć.

Ocena powinna być kompleksowa i obejmować następujące elementy (OP):

5.1. Wywiad kliniczny (CG). Informacje na temat historii dziecka, traumatycznych doświadczeń, objawów, obecnego i przeszłego funkcjonowania oraz wcześniejszego leczenia należy zebrać od rodziców, opiekunów, dziecka i nauczyciela lub szkoły. Niezbędne są następujące elementy:

- Należy uzyskać kompleksowe informacje z wywiadu dziecka, ze szczególnym uwzględnieniem wczesnych więzi, relacji przywiązania, przeżyć urazowych,

Wszelkie prawa zastrzeżone. Copyright do tłumaczenia polskiego by Pietkiewicz & Tomalski, 2020
www.e-psyche.eu

rozwoju emocjonalnego, społecznego, fizycznego i poznawczego, zachowania oraz wcześniejszego leczenia (Waters, 2016).

- Podczas oceny należy uzyskać pełną historię dziecka, ze szczególnym odniesieniem do traumatycznych doświadczeń. Należy zbadać narażenie dziecka na zaniedbanie, wykorzystywanie fizyczne, emocjonalne lub seksualne, przemoc w rodzinie, narażenie na wykorzystywanie przez grupy zorganizowane, przemoc w lokalnej społeczności, zastraszanie, adopcję (w tym międzynarodową), izolację, odrzucenie, wczesną separację, utraty, śmierć, ciężkie choroby lub traumatyczne procedury medyczne.
- Ocena opisanych powyżej objawów dysocjacyjnych i objawów związanych z traumą, takich jak: koszmary senne, flashback'i oraz wysoki poziom gniewu lub lęku związanego z niektórymi bodźcami (Waters, 2016).
- Wymagana jest ocena bieżącej sytuacji dziecka, jego faktycznego bezpieczeństwa, poczucia bezpieczeństwa, znaczących obiektów przywiązania, relacji przywiązania do rodziców lub głównych opiekunów oraz innych relacji interpersonalnych (Waters, 2016). Może to prowadzić do podjęcia kroków prawnych.
- Może zaistnieć konieczność powtórzenia przez klinicystę badania, ponieważ dzieci mogą próbować początkowo ukryć objawy dysocjacyjne (Struik, 2014).
- Dokładna analiza dokumentacji dziecka może dostarczyć informacji o uprzednio stawianych diagnozach, porażkach wcześniejszego leczenia, a także o bieżącym leczeniu bez efektów oraz ogólnych informacji odnośnie narastających lub zmieniających się problemów emocjonalnych i behawioralnych.
- Należy zbadać u rodziców obecność problemów ze zdrowiem psychicznym, możliwe diagnozy różnicowe, objawy traumy lub dysocjację. Waters (2016) dostarcza wyczerpujących informacji na temat tego, jak dysocjacja może się nakładać się na inne zaburzenia lub być błędnie diagnozowana. Należy to w pełni zbadać na etapie oceny dziecka.
- Yehuda (2016) opowiada się za 'oceną uwrażliwioną na uraz' (*trauma-sensitive assessment*), niezależnie od tego, czy jest to ocena psychologiczna, czy ocena

Wszelkie prawa zastrzeżone. Copyright do tłumaczenia polskiego by Pietkiewicz & Tomalski, 2020
www.e-psyche.eu

mowy i języka, ponieważ oba mogą dostarczyć istotnych informacji dotyczących traumy i dysocjacji.

- Szkoła może udzielić informacji o funkcjonowaniu i zachowaniu dziecka w klasie. Zachowania te mogą również wskazywać na istotne informacje dotyczące traumy i dysocjacji (Yehuda, 2016).

Ustrukturyzowane wywiady kliniczne (OP)

- DTD-SI, wersja 8.0 (Ford and Developmental Disorder Work Group, 2011) jest częściowo ustrukturyzowanym wywiadem oceniającym narażenie na traumę, dysregulację, objawy spektrum pourazowego, czas trwania i upośledzenie na podstawie kryteriów diagnozy posttraumatycznych zaburzeń rozwojowych (Developmental Trauma Disorder, DTD; Van der Kolk, 2005).
- SCID-D (Steinberg, 1993) jest używany dla dzieci w wieku od 11 lat. Z założenia, pytania SCID-D są przeznaczone dla dzieci w wieku 11 lat i starszych. Zostało to przetestowane w wielu badaniach (opisach przypadków) (Carrion, Steiner, 2000; Sar, 2014). Do chwili obecnej nie przeprowadzono systematycznych badań na populacjach młodszych niż 11 lat. Zgodność między ADES i SCID-D wydaje się być słaba (Carrion, Steiner, 2000; Sar, 2014). Publikacje na temat korzystania z SCID-D dla młodszych dzieci (11-17) można pobrać pod adresem: http://ge.tt/9Cc2vEh1?c
- W polskiej wersji językowej dostępny jest *Trauma & Dissociation Symptoms Interview (TADS-I)* [przyp. tłumaczy]

5.2. Kwestionariusze przesiewowe (CG). Zaleca się zastosowanie u dziecka co najmniej jednego kwestionariusza do oceny stresu pourazowego i objawów dysocjacyjnych, w szczególności omówionych poniżej kwestionariuszy do samodzielnego wypełnienia (Silberg, 2013; Waters, 2016). Interpretacji należy dokonywać ostrożnie. Kwestionariusze te mogą potwierdzić dysocjację u dziecka, ale nie zawsze pozwalają ją wykluczyć, gdyż dzieci te często nie ujawniają objawów dysocjacji. Kwestionariusze można również wykorzystać jako podstawę do dalszych

Wszelkie prawa zastrzeżone. Copyright do tłumaczenia polskiego by Pietkiewicz & Tomalski, 2020
www.e-psyche.eu

wywiadów na temat objawów dysocjacyjnych (Silberg, 2013). Należy wziąć pod uwagę, że wyniki tych kwestionariuszy mogą po jakimś czasie leczenia wzrosnąć zamiast spadać, ponieważ dziecko czuje się bezpieczniej ujawniając wewnętrzne doświadczenia.

Zalecane są następujące kwestionariusze dotyczące objawów dysocjacyjnych:

- Inwentarz objawów dysocjacyjnych u dziecka (Child Dissociative Checklist, CDC, Putnam, Helmers, Trickett, 1993). Kwestionariusz dla dzieci w wieku 4-14 lat, wypełniany przez opiekuna, cechuje się dobrą trafnością i rzetelnością (Putnam, Peterson, 1994). Również nauczyciele mogą wypełnić CDC, aby określić poziom objawów dysocjacyjnych obserwowanych w klasie.
- Skala Dysocjacyjnego Doświadczenia Dziecka i Inwentarz pourazowy (The Child Dissociative Experience Scale and Post Trauma Inventory, CDES.PTSI) (Stolbach, 1997, zaadaptowane z Bernstein i Putnam, 1986). CDES ocenia PTSD i objawy dysocjacyjne i jest kwestionariuszem samooceny dla dzieci w wieku 7-12 lat, ale może być również stosowany dla dzieci w wieku 12-18 lat. CDES został przetłumaczony na kilka języków europejskich (patrz http://www.estd.org).
- Skala doświadczeń dysocjacyjnych nastolatków (Adolescent Dissociative Experiences Scale, A-DES; Armstrong, Putnam, Carlson, Libero i Smith, 1997; Farrington, Waller, Smerden i Faupel, 2001; Smith & Carlson, 1996). A-DES jest kwestionariuszem do samodzielnego wypełniania dla nastolatków, stosowanym w celu oceny objawów i doświadczeń dysocjacyjnych.
- Kwestionariusz dysocjacji somatoformicznej (Somatoform Dissociation Questionnaire, SDQ-20). SDQ-20 to kwestionariusz samoopisowy dla nastolatków w wieku od 16 lat, mający na celu ocenę nasilenia dysocjacji somatoformicznej.

Poza kwestionariuszami dotyczącymi objawów dysocjacyjnych, do badania objawów PTSD można użyć standardowych instrumentów przesiewowych, takich jak: Kwestionariusz objawów pourazowych u dzieci (Trauma Symptom Checklist for Children, TSCC; Briere, 1996), Kwestionariusz objawów pourazowych dla małych

Wszelkie prawa zastrzeżone. Copyright do tłumaczenia polskiego by Pietkiewicz & Tomalski, 2020
www.e-psyche.eu

dzieci (The Trauma Symptom Checklist for Young Children, TSCYC; Briere i in., 2001), ASC-Kids (Kassam-Adams 2006), Inwentarz dziecięcy PTSD (Children's PTSD Inventory, Saigh i in., 2000). Cennych informacji na temat tego, czy wyniki dziecka znajdują się w normalnym, granicznym lub klinicznym zakresie dla problemu stresu pourazowego mogą dostarczyć: Kwestionariusz zachowania dzieci (The Child Behaviour Checklist, CBCL) dla dzieci 1-5 i 6-18, Formularz raportu dla nauczycieli (Teachers Report Form, TRF) dla dzieci w wieku 6–18 lat oraz Formularz samooceny dla młodzieży 12-18 (Youth Self Report, YSR; Achenbach, Roscorla. 2007).

5.3. Badania psychologiczne - techniki projekcyjne, testy neuropsychologiczne, itd (CG). Standardowe badanie psychologiczne nie nadaje się do diagnozowania dysocjacji, ale reakcje i zachowania ujawnione podczas przeprowadzania testów psychologicznych mogą ułatwić rozpoznanie dysocjacji (Silberg, 1998). Podczas badania można zaobserwować występowanie objawów dysocjacyjnych, na przykład wpatrywanie się w przestrzeń, zmiany sposobu mówienia, trzepotanie, mruganie lub przewracanie oczami lub obecność wyobrażonych towarzyszy zabawy (Waters, 2016). Ocenę kliniczną samego dziecka należy uzupełnić o:

- Odpowiednie do wieku techniki projekcyjne, na przykład: rysunki, korzystanie z piaskownicy lub zabawek (Silberg, 2013; Waters, 2016; Wieland, 2015). Rysunki dziecka i ogólne informacje podczas badania mogą odzwierciedlać wyraźny brak normalnej, oczekiwanej integracji self. Dziecko może eksternalizować poczucie fragmentacji poprzez pokazanie wielorakości stanów dysocjacyjnych na rysunkach ciała, zidentyfikować się jako kilka osób lub użyć wielu nazw dla określania siebie. Może też nie rysować stanów dysocjacyjnych jako możliwych do zidentyfikowania postaci.
- Technika „w środku - na zewnątrz" (Baita, 2015a i Baita, 2015b), w której dziecko rysuje zewnętrzną część głowy, a wewnętrzna część głowy została opracowana specjalnie dla dzieci dysocjujących podczas oceny i leczenia (CG).

Wszelkie prawa zastrzeżone. Copyright do tłumaczenia polskiego by Pietkiewicz & Tomalski, 2020
www.e-psyche.eu

- Należy zadać szczegółowe pytania dotyczące dysocjacji, na przykład: czy rodzice / opiekunowie widzą szybkie zmiany w dziecku, słyszą, jak dziecko mówi różnymi głosami itp (Waters, 2016).

Dane z populacji dorosłych DID (różnice w teście Rorschacha u osób z dysocjacyjnym zaburzeniem tożsamości, zaburzeniem osobowości typu borderline i pacjentami psychotycznymi wykazują specyficzne cechy w teście Rorschacha, które można wziąć pod uwagę dla młodzieży w dalszych badaniach (Brand, Armstrong, Loewenstein, McNary, 2009). Silberg (2013) opisuje także specyficzne cechy - większą liczbę patologicznych obrazów i zniszczenia - w odpowiedzi na testy projekcyjne (TAT i Rorschach).

6. LECZENIE

Pomimo braku danych z badań, opracowany do osób dorosłych trójfazowy model leczenia (Herman, 1992) jest powszechnie stosowany w leczeniu dzieci dysocjacyjnych (ISSTD, 2003). W pierwszej fazie (stabilizacja), dziecko musi się wystarczająco ustabilizować, aby móc zmierzyć się z traumatycznymi wspomnieniami i rozpocząć ich przetwarzanie. Dziecko musi być w stanie poradzić sobie ze stresem towarzyszącym traumatycznym wspomnieniom i wykorzystać swoje zdolności myślenia oraz oceny. Stabilizacja wydaje się niezbędna dla dzieci dysocjujących w celu skutecznego leczenia traumy.

Interwencje w fazie stabilizacji muszą być uporządkowane w określonej kolejności, zgodnie z rozwojem mózgu. Neuro-sekwencyjny model terapii (NMT, Perry, 2006; Perry, Dobson, 2013) umożliwia ocenę pacjentów z traumą za pomocą funkcjonalnej mapy mózgu i sformułowanie zaleceń dotyczących pracy klinicznej w oparciu o podejście neurorozwojowe. NMT podkreśla znaczenie powtarzalnych wzorców działania dla źle zorganizowanych części mózgu. Leczenie odbywa się z dzieckiem, rodzicami i siecią społeczną dziecka oraz jest zorientowane systemowo (Arvidson i in., 2011; Struik, 2014; Waters, 2016; Wieland, 2015). W przeciwieństwie do pracy z dorosłymi, nie trzeba znać od samego początku pełnego wewnętrznego świata dziecka. Praca z częściami osobowości jest wykonywana tylko w celu

Wszelkie prawa zastrzeżone. Copyright do tłumaczenia polskiego by Pietkiewicz & Tomalski, 2020
www.e-psyche.eu

przeformułowania negatywnych, zdysocjowanych treści (Silberg, 2013; Struik, 2014; Wieland, 2015; Waters, 2016).

W kolejnej fazie przetwarzane są traumatyczne wspomnienia. W ostatniej fazie, integracji stanów dysocjacyjnych i podejmowania odpowiednich dla wieku zachowań, dziecko pracuje nad lepszymi strategiami radzenia sobie ze stresem. Ma to zapobiec przyszłej traumie i umożliwić bardziej funkcjonalny sposób życia. W fazie stabilizacji, a także w fazie przetwarzania urazowych wspomnień, klinicysta musi zwracać uwagę na funkcjonowanie stanów dysocjacyjnych. Mogą one pojawiać się podczas zabawy, poprzez objawy lub zachowania. Dziecko musi poznać i zrozumieć te stany dysocjacyjne: ich uczucia, życzenia, funkcję, co one oznaczają, czego potrzebują. Można je rozpoznać w fazie stabilizacji, a także później podczas przetwarzania urazu, jako młodsze przestraszone lub potrzebujące stany dysocjacyjne, jako pomocników, opiekunów, obrońców lub introjekty sprawców. W modelu EDUCATE, odnosi się to do fazy zrozumienia tego, co jest ukryte (U jak *Understand*), a także uznania tego, co ukryte, jako własne (C jak *Claim*). Ważne jest, aby klinicysta nie zachęcał do ujawniania się stanów dysocjacyjnych, ani nie komunikował się z nimi bezpośrednio. Zadaniem klinicysty jest zachowanie zgodności i szacunku wobec wszystkich stanów dysocjacyjnych oraz zachęcanie dziecka do *Wsłuchiwania się* (Silberg, 2013) lub *sprawdzania* w głowie lub umyśle (Waters 2016), gdy klinicysta potrzebuje informacji na temat danego stanu dysocjacyjnego. Umożliwia to dziecku połączenie się ze stanem dysocjacyjnym i promowanie wewnętrznej komunikacji oraz kontroli nad bardziej złożonymi stanami dysocjacyjnymi. Umożliwia to również dziecku uznanie tego, co jest ukryte (C jak *Claim* w modelu EDUCATE) (Silberg, 2013). Ponadto, promuje akceptację uczuć, wrażeń, strachu i niepokoju o ukryte części „ja" i nadanie znaczenia ich powstaniu. Proces ten umożliwia także dziecku rozwinięcie odpowiedniej dla wieku pamięci autobiograficznej, ponieważ dziecko może współpracować z terapeutą w celu połączenia źródła stanu dysocjacyjnego z rzeczywistym traumatycznym wydarzeniem z historii życia dziecka. Waters i Raven (2016) sugerują wykorzystanie twórczości plastycznej w pracy psychoterapeutycznej, szczególnie w przypadku stanów ukrytych. Jedynym momentem, w którym terapeuta powinien wchodzić w bezpośredni kontakt ze stanem dysocjacyjnym jest sytuacja, w której stan ten

Wszelkie prawa zastrzeżone. Copyright do tłumaczenia polskiego by Pietkiewicz & Tomalski, 2020
www.e-psyche.eu

pojawia się w gabinecie i w żaden inny sposób nie można uzyskać dostępu do dziecka.

Silberg (2013) opisuje pięć zasad leczenia:

1. Postawa głębokiego szacunku wobec mądrości cechujących każdą z wypracowanych strategii radzenia sobie;
2. Głęboka wiara w możliwość wyleczenia i potencjał rozwoju w przyszłości;
3. Praktyczne podejście do radzenia sobie z objawami;
4. Utwórz relację, w której zarówno nadawanie będzie znaczenie doświadczeniom, ale też stawiane wymagania;
5. Uznaj objawy traumatyczne jako automatyczne i wyuczone.

Ponieważ wszystkie sekcje dotyczące leczenia opierają się CG, tylko wyjątki zostaną oznaczone jako OP lub NE.

Modele leczenia specyficzne dla dysocjacji. Kilku autorów opisuje modele leczenia wypracowane specjalnie dla dzieci dysocjacyjnych. Są one podobne do siebie w głównych obszarach. Pierwsze publikacje tego typu (Silberg, Waters, 1998) opisywały trzy fazy leczenia dziecka dysocjacyjnego: „Zaangażowanie", które obejmuje stabilizację, „Pracę z traumą" i „Rozwiązanie", które obejmuje integrację.

Waters (2016) promuje też integrację różnych teorii w leczeniu dysocjacyjnego dziecka (model teoretyczny STAR). Twierdzi, że aby skutecznie leczyć dysocjację, należy podczas procesu leczenia wziąć pod uwagę system przywiązania dziecka, aspekty rozwojowe, neurobiologię i system rodzinny. Wieland (2017) podkreśla także znaczenie pracy z rodzicami podczas leczenia dzieci. Wieland (2015) opisuje fazę stabilizacji w leczeniu tych dzieci jako: tworzenie bezpieczeństwa, stabilności w życiu codziennym, psychoedukacji, radzenie sobie z bodźcami wyzwalającymi. Silberg (2013) przedstawia swój model fazowy (EDUCATE) przeznaczony specjalnie do leczenia dzieci z zaburzeniami dysocjacyjnymi, na który składają się następujące elementy: psychoedukacja, motywacja, zmniejszenie nasilenia amnezji, regulacja afektu i przywiązania, bodźce wyzwalające i integracja stanów dysocjacyjnych.

Wszelkie prawa zastrzeżone. Copyright do tłumaczenia polskiego by Pietkiewicz & Tomalski, 2020
www.e-psyche.eu

Modele leczenia specyficzne dla traumy złożonej i dysocjacji. Przydatne są także inne modele o szerszym zakresie działania wypracowane w celu leczenia dzieci z przewlekłą traumą i dysocjacją. Model leczenia ARC opracowany przez Blaustein i Kinniburgh (2010) dostarcza ram teoretycznych, podstawowych zasad interwencji oraz wskazówek dla profesjonalistów pracujących z tymi dziećmi i ich opiekunami. Zakłada jednocześnie, że żaden model nie pasuje w sposób uniwersalny do wszystkich sytuacji. ARC jest przeznaczony dla dzieci od wczesnego dzieciństwa do okresu dojrzewania oraz do ich opiekunów. Koncentruje się na trzech podstawowych obszarach życia dziecka, na które przewlekła trauma interpersonalna ma szczególny wpływ, a mianowicie: przywiązanie, samoregulacja i kompetencje rozwojowe. Integracja doświadczenia traumy (*Trauma Experience Integration*), ostatni element składowy modelu, integruje różne umiejętności obejmujące te trzy podstawowe dziedziny, aby umożliwić dziecku budowanie bardziej spójnego i zintegrowanego zrozumienia siebie.

Struik (2014) opisuje Metodę śpiących psów (*Sleeping Dogs Method*) dla chronicznie straumatyzowanych dzieci, ze szczególnymi interwencjami dla dysocjacyjnych dzieci i nastolatków. Faza stabilizacji składa się z sześciu 'testów' (kroków): bezpieczeństwo, życie codzienne, przywiązanie, regulacja emocji, zmiana poznawcza i „w kilku słowach". Testy te mają ustaloną kolejność, a formularz sześciu testów (*Six Test Form*) dostarcza klinicystom wskazówek do analizy przypadków i planowania leczenia. Każdy test ma zestaw interwencji, które można wykorzystać w celu zwiększenia stabilności, jeśli dziecko nie przejdzie testu bezpośrednio. Głównym celem stabilizacji jest osiągnięcie stabilności wystarczającej, aby rozpocząć przetwarzanie traumy. Po stabilizacji, metoda Śpiących Psów opisuje fazę leczenia traumy z wykorzystaniem EMDR i fazę integracji. Poniżej opisano wszystkie fazy leczenia dla grup wiekowych 4-18 i 0-4 i uporządkowano je zgodnie z Sześcioma Testami (Struik, 2014).

6.1. FAZA STABILIZACJI 4-18 LAT

W fazie stabilizacji, kładzie się nacisk na pomoc dziecku w rozwijaniu regulacji emocjonalnej, poprawie relacji przywiązania z głównym opiekunem, a także

Wszelkie prawa zastrzeżone. Copyright do tłumaczenia polskiego by Pietkiewicz & Tomalski, 2020
www.e-psyche.eu

zwiększaniu możliwości internalizacji poczucia bezpieczeństwa, zanim zostanie przetwarzany traumatyczny materiał.

Motywacja i psychoedukacja dla dziecka i opiekunów. Przed rozpoczęciem leczenia należy zmotywować dziecko i jego opiekunów. Zazwyczaj dzieci nie mają motywacji do przywoływania urazowych wspomnień, ponieważ być prztłaczające i w związku z tym próbują 'zapomnieć' o traumie. Nie widzą żadnej korzyści w przypominaniu jej sobie i często nie widzą związku pomiędzy traumą, a obecnymi problemami, takimi jak: skrajny gniew lub lęk, trudności z koncentracją lub 'zapominanie' o wydarzeniach.

Dziecko zacznie rozumieć siebie, swoje reakcje i zachowanie, dzięki psychoedukacji odnośnie dysocjacji, stanów dysocjacyjnych, mózgu, regulacji stresu, okna tolerancji i przywiązania (E w modelu EDUCATE, Silberg, 2013) przeznaczonej dla opiekunów i dzieci od około czterech lat. Silberg (2013) i Struik (2014) podkreślają również, że dzieci muszą wiedzieć, że są odpowiedzialne za swoje zachowanie, niezależnie od tego, który stan dysocjacyjny je podejmował, a wszystkie stany dysocjacyjne muszą współpracować, aby promować bardziej pozytywne zachowanie. Ważne jest również, aby dziecko zrozumiało, że żadna z jego części nie powinna być ignorowana podczas procesu terapeutycznego, a głosy, wyimaginowani przyjaciele, części „ja" i uczucia przypominają mu jedynie o tym, co wydarzyło się w przeszłości. Psychoedukacja pomaga opiekunom i rodzicom lepiej zrozumieć dziecko oraz jego zachowanie, co pozwala im reagować inaczej. Aby wyjaśnić funkcjonowanie różnych stanów dysocjacyjnych występujących poza świadomością dziecka można wykorzystać książeczki, obrazy, rysunki lub metafory. Podstawowe koncepcje neuronalne i wiedza, że w mózgu mogą zachodzić (korzystne) zmiany, mogą wzmocnić motywację dziecka do zaangażowania się w terapię. Coppens, Snijderberg i Von Kregten (2016) podkreślają również znaczenie psychoedukacji w tym zakresie dla nauczycieli i wychowawców szkolnych. Na potrzeby tej grupy, Coppens i in. (2016) zaproponowała metaforę dziecka, które chodzi do szkoły z „niewidzialną walizką".

Wszelkie prawa zastrzeżone. Copyright do tłumaczenia polskiego by Pietkiewicz & Tomalski, 2020
www.e-psyche.eu

Silberg (2013) zwraca też uwagę na potrzebę analizy i zajęcia się czynnikami, które powodują, że dziecko korzysta ze strategii dysocjacyjnych - Motywacja do dysocjacji (D w modelu EDUCATE).

> Angażowanie się w dysocjacyjne strategie unikania stało się życiowym nawykiem wielu straumatyzowanych dzieci. Ich zapominanie, automatyczne zachowania i zmieniające się stany utrzymują innych na dystans i umożliwiają unikać konsekwencji swoich działań. Zaangażowanie ich motywacji w celu poszukiwania innych sposobów radzenia sobie stanowi ogromne wyzwanie (str. 70).

Dziecko potrzebuje nadziei i pomocy w rozwinięciu pozytywnej wizji przyszłości oraz zrozumieniu wpływu traumy i dysocjacji na jego życie. Należy też zająć się jak najwcześniej obszarami, które podtrzymują dysocjację. Waters (2016) zauważa, że każde zachowanie ma znaczenie i ważna jest praca nad zrozumieniem tego. Według Waters, zachowanie może być czasem „zakodowanym i ukrytym" sposobem na uzewnętrznienie wewnętrznego świata dziecka.

Bezpieczeństwo. Bezpieczeństwo jest priorytetowe w leczeniu straumatyzowanych dzieci (AACAP, 2005; ISSTD, 2003, Zeanah, Chesher, Boris, 2016). Nie można skutecznie przetwarzać traumy, jeśli dziecko jest nadal narażone na sytuacje urazowe. Oprócz realnego bezpieczeństwa, dziecko musi też czuć się bezpiecznie. Zagrożone dziecko będzie automatycznie skupiać się na otaczającym go świecie, aby się zabezpieczyć, co może wywołać reakcje: walki / ucieczki / zamrożenia lub potrzebę dysocjacji. Aby przetwarzać traumatyczne wspomnienia, dziecko musi skupić się na swoim wnętrzu, co czyni je podatnym na zranienie. Dziecko może to zrobić tylko wtedy, gdy nie odczuwa zagrożenia z zewnątrz. Istnieją cztery składowe bezpieczeństwa: bezpieczeństwo fizyczne, kontrola zachowania, bezpieczeństwo emocjonalne i bezpieczeństwo terapeutyczne. Czasami konieczne może być umieszczenie w placówce opiekuńczej, aby osiągnąć odpowiedni poziom kontroli nad zachowaniem dziecka (OP). Bezpieczeństwo fizyczne oznacza, że nadużycie ustało. Metodami służącymi zwiększeniu bezpieczeństwa w rodzinie mogą być: „Znaki bezpieczeństwa" (*Signs of Safety*, Turnell, Edwards, 1999), „Postanowienia" (*Resolutions*, Turnell, Essex, 2006) lub inne podejście do planowania bezpieczeństwa z rodzinami.

Wszelkie prawa zastrzeżone. Copyright do tłumaczenia polskiego by Pietkiewicz & Tomalski, 2020
www.e-psyche.eu

Ponadto dziecko potrzebuje bezpiecznej osoby dorosłej, która będzie w stanie kierować jego zachowaniem. W życiu dziecka ważny jest dorosły, który kładzie je o czasie spać, pomaga mu pójść do szkoły i pilnuje, aby regularnie przychodziło na terapię. Jeśli ta osoba dorosła ma wystarczający autorytet i kontrolę nad zachowaniem dziecka, zapewni mu ona poczucie bezpieczeństwa.

Dziecko potrzebuje wsparcia w obliczu trudności związanych z urazowymi wspomnieniami. Bezpieczeństwo emocjonalne oznacza, że dziecko ma obiekt przywiązania zapewniający ciągłość ich relacji. Dzieci bez takiego bezpiecznego, dostępnego obiektu przywiązania zwykle nie da się zachęcić do uzyskania dostępu do traumatycznych wspomnień, aby przetwarzać traumę. Bez stałego i dostępnego obiektu przywiązania dziecko może być przytłoczone emocjami, a objawy mogą się nasilać. Ten obiekt przywiązania jest jednym z kluczowych elementów leczenia.

Ostatnim elementem bezpieczeństwa jest bezpieczeństwo terapeutyczne - dziecko musi czuć, że rodzice wyrażają zgodę, aby rozmawiało ono podczas terapii o swoich doświadczeniach związanych z traumą. W przeciwnym razie, dziecku będzie bardzo trudno to zrobić. Dziecko dysocjacyjne może mieć również rodzica dysocjacyjnego. W takiej sytuacji, jest jeszcze ważniejsze upewnienie się, że wszystkie stany dysocjacyjne rodzica zgadzają się również na to, aby dziecko mówiło i uczestniczyło w procesie terapeutycznym lub żeby dziecko miało inny obiekt przywiązania, na którym może polegać podczas leczenia (OP).

Codzienne życie. Oprócz bezpieczeństwa, dziecko potrzebuje również stabilności i przewidywalności w życiu codziennym. Rozpoczynając leczenie traumy, nie powinno napotykać nowych problemów, wymagających od niego dodatkowej uwagi. Ponadto, faza przetwarzania urazu wymaga dużo energii i może powodować przejściowe pogorszenie objawowe. Dziecko i opiekunowie powinni być na to przygotowani. W przeciwnym wypadku, dziecko będzie się musiało skupić na świecie zewnętrznym i nie będzie w stanie koncentrować się na wnętrzu. Aby rozpocząć leczenie traumy należy zidentyfikować problemy w codziennym życiu, takie jak: problemy ze snem, koszmary senne, intruzje, dysocjacja, nadużywanie substancji, brak struktury dnia, problemy z jedzeniem, problemy szkolne i behawioralne.

Wszelkie prawa zastrzeżone. Copyright do tłumaczenia polskiego by Pietkiewicz & Tomalski, 2020
www.e-psyche.eu

Ważne jest ustalenie z dzieckiem i opiekunami, jakie sytuacje w życiu codziennym i zachowanie opiekuna lub nauczyciela wywołują u dziecka reakcje dysocjacyjne. Jest też ważne, aby dowiedzieć się, które zachowanie dziecka powoduje, że opiekunowie traktują je w niewłaściwy sposób. Dziecko musi nauczyć się identyfikować bodźce wyzwalające (*triggers*) oraz kiedy i dlaczego pojawiają się stany dysocjacyjne. Ćwiczenie „Tu i Teraz" (Struik, 2014) może pomóc im uzyskać większą kontrolę nad dysocjacją. Ćwiczenie „Bezpieczne miejsce" (Struik, 2014) może pomóc w uspokajaniu się, jeśli dziecko osiągnęło już pewien poziom regulacji emocjonalnej. Niewystarczająca opieka lub nadużycia w okresie niemowlęcym mają poważny wpływ na rozwijający się mózg (strukturę i funkcję), wskutek czego pojawią się stany dysocjacyjne. Najlepiej powtarzać ćwiczenia służące stabilizacji wielokrotnie i w ustrukturyzowany sposób, koncentrując się w nich na uspokojeniu i samoregulacji (Perry i Dobson, 2013).

Leki stosuje się głównie w celu zmniejszenia problematycznych objawów zakłócających codzienne funkcjonowanie lub w celu leczenia schorzeń współistniejących, aby dzieci / młodzież mogły lepiej skorzystać z interwencji terapeutycznych. Nie ma konkretnych leków na dysocjację, ale nowe badania nad farmakoterapią opartą na epigenetyce mogą zapewnić w przyszłości bardziej szczegółowe opcje leczenia złożonych traumatycznych dzieci. Stosowanie leków różni się w poszczególnych krajach w zależności od konkretnych wytycznych (istnieją kraje, w których stosowanie leków poza rejestracją jest zabronione). Psychiatra dzieci i młodzieży, Stierum (w: Waters, 2016) i Nemzer (1998) opisują swoje doświadczenia związane ze stosowaniem leków poza rejestracją u tych dzieci.

Przywiązanie. Dziecko powinno mieć obiekt przywiązania, który jest w stanie regulować jego stres i wspierać podczas leczenia traumy. W przeciwnym razie poziom stresu dziecka może stać się zbyt wysoki, co będzie prowadzić do przytłoczenia lub dysocjacji. Dzieci dysocjacyjne często doświadczały traumy przywiązania, zdezorganizowanego przywiązania rodziców w połączeniu z zaniedbaniem fizycznym i emocjonalnym, maltretowaniem i wykorzystywaniem (Waters, 2016). Od wczesnego dzieciństwa nie doświadczyły ze strony opiekunów dostrajania się we wrażliwy sposób do ich potrzeb. Opiekunom może być trudno

Wszelkie prawa zastrzeżone. Copyright do tłumaczenia polskiego by Pietkiewicz & Tomalski, 2020
www.e-psyche.eu

zrozumieć i odpowiednio zareagować na ich reakcje. Głównym zadaniem jest więc wzmocnienie relacji przywiązania między dzieckiem a opiekunem (Wieland, 2017). Wymaga to regulacji po obu stronach: zarówno obiektu przywiązania, jak i dziecka. Terapeuta musi umiejętnie zarządzać procesem terapeutycznym, aby włączyć do niego zarówno rodziców, jak i dziecko oraz zachować empatię i zrozumienie dla obu stron. Terapeuta musi również zdawać sobie sprawę z przeniesienia i przeciwprzeniesienia, które mogą być częścią tego procesu (Wieland, 2017).

Pierwsza część pracy związanej z przywiązaniem koncentruje się na poprawie dopasowania postaci przywiązania do dziecka. Rodzice / opiekunowie muszą pamiętać, że bardzo często zachowanie dziecka (lub jego stany) odzwierciedlają relacje interpersonalne dziecka z okresu traumatyzacji lub z jego pierwotnej rodziny, a nie z chwili obecnej. Może to ułatwić opiekunom dostosowanie się do dziecka i pomóc mu regulować stres. Opiekun musi zrozumieć, co dzieje się wewnątrz dziecka, być świadomym i budować relacje z różnymi stanami dysocjacyjnymi. Obiekt przywiązania musi być w stanie zachować spokój i odłożyć na bok własne potrzeby, gdy dziecko wpadnie w panikę, złości się lub poczuje przytłoczone. Może to być trudne dla rodziców / opiekunów, którzy sami doznali traumy lub mają zaburzenie dysocjacyjne. Silne emocje dziecka mogą wówczas wyzwalać objawy u opiekuna, utrudniając dostosowanie się. Obiekt przywiązania musi zachować spokojny mózg (*calm brain*), aby móc dostosować swój sposób opieki i aktywować system przywiązania u dziecka. Dla niektórych rodziców lub opiekunów jest to bardzo trudne i wydaje się zrozumiałe, ponieważ mózg rodzica zawiera różne wzorce rodzicielstwa, które być może również będą musiały się zmienić podczas procesu terapii (Wieland, 2017). Dzieci dysocjacyjne zachowują się zwykle inaczej i bardziej skrajnie w domu, aniżeli na przykład w szkole lub w stosunku do klinicystów. Dlatego stres, agresja i odrzucenie z jakimi mogą spotkać się rodzice lub opiekunowie mogą pozostać niewidoczne i są często bagatelizowane. Wielu rodziców lub opiekunów czuje się niezrozumianych. Jeśli rodzic lub opiekun nie jest w stanie zachować spokojnego mózgu, ważne jest, aby to uznać i pomóc rodzicom lub opiekunom w znalezieniu rozwiązania, które pomaga dziecku, ale jednocześnie nie wymaga od rodziców rzeczy niemożliwych. W procesie terapii ważne też będzie umożliwienie rodzicowi / opiekunowi budowania relacji przywiązania ze wszystkimi stanami

Wszelkie prawa zastrzeżone. Copyright do tłumaczenia polskiego by Pietkiewicz & Tomalski, 2020
www.e-psyche.eu

dysocjacyjnymi, a także zrozumienie, że niektóre stany dysocjacyjne będą oporne na przywiązanie. Czasami konieczna jest fizyczna separacja między rodzicem / opiekunem a dzieckiem, aby osiągnąć ten cel.

Ponieważ rodzice lub opiekunowie są integralną częścią procesu terapeutycznego dziecka, należy ich również regularnie monitorować pod kątem ewentualnej wtórnej traumatyzacji. Ekstremalne zachowanie dziecka może spowodować traumę opiekuna, a niektórzy opiekunowie mogą sami wymagać leczenia traumy (OP). Według Hughesa i Baylina (2010) klinicysta musi najpierw pomóc w regulacji negatywnych emocji rodziców, zanim będą oni bardziej otwarci na zadanie, jakim jest wspierania dziecka w uzyskaniu dostępu do traumy. Odnoszą się do rodziców, którzy doświadczają ‘zablokowanej opieki' i przechodzą do defensywnego stanu psychicznego, w którym skupiają się wyłącznie na tym, jak „źle zachowuje się dziecko”, a nie na znaczeniu tego zachowania.

Niektórzy klinicyści angażują rodziców, wybiórczo lub regularnie, w sesje terapeutyczne, aby umożliwić im lepsze zrozumienie procesu terapeutycznego dziecka, żeby służyli dziecku jako ‘bezpieczna przystań' podczas terapii lub żeby włączyli się aktywnie w proces leczenia (Hughes, 2006, Potgieter-Marks, 2015; Waters, 2015). Inni klinicyści angażują rodziców w terapię, choć niekoniecznie są oni obecni z dzieckiem cały czas w gabinecie. Silberg (2013) wyjaśnia, jak przekazuje informacje dziecku, a następnie zaprasza rodzica do pokoju, aby ono z kolei przekazało rodzicom te informacje. Ważne jest również, aby w okresie leczenia przeprowadzić sesje z rodzicami w celu omówienia zachowań dziecka i tego, jak rodzice mogą sobie z nimi radzić (Wieland, 2015, 2017).

Druga część pracy związanej z przywiązaniem koncentruje się na aktywacji systemu przywiązania i promowaniu zdrowej współregulacji i samoregulacji dziecka poprzez ćwiczenia dla dziecka i obiektu przywiązania, wykonywane na sesji terapii i powtarzane codziennie w domu. Podczas pracy nad przywiązaniem, główny nacisk kładziony jest na pomoc rodzicowi / opiekunowi w regulowaniu pobudzenia i afektu u dziecka oraz wraz z nim. Stan nadmiernego pobudzenia (*hyperarousal*) lub zbyt małego pobudzenia (*hypoarousal*) jest chwilową reakcją na przytłaczające emocje. W przypadku dziecka, które doświadczyło złożonej traumy, stan ten może przybrać

Wszelkie prawa zastrzeżone. Copyright do tłumaczenia polskiego by Pietkiewicz & Tomalski, 2020
www.e-psyche.eu

bardziej trwałą (przewlekłą) formę, nawet jeśli dziecko jest już bezpieczne. Pierwszym krokiem umożliwiającym poznanie dziecka, jest nawiązanie relacji terapeutycznej i wzbudzenie nadziei. Dziecko musi mieć pewność, że jest przyjęte i zaakceptowane przez klinicystę takim, jakie jest oraz że klinicysta potrafi kontenerować przerażające wspomnienia, przytłaczające uczucia, a nawet stany dysocjacyjne, które są wyjątkowo wystraszone, potrzebujące lub wykazują wyjątkowo destrukcyjne lub autodestrukcyjne zachowanie (OP). Przykładami interwencji są:

- Praca z ciałem może pomóc dziecku uspokoić się (nadmierne pobudzenie) lub aktywować (zbyt małe pobudzenie). Aby poczuć się ugruntowanym (*grounded*), poprawić regulację emocjonalną i być bardziej świadomym „tu i teraz" można wykorzystać takie ćwiczenia jak: skakanie na trampolinie, tańczenie do muzyki, którą dziecko lubi, bębnienie i oddychanie, używanie 'bezpiecznego zapachu', zaproponowanie jedzenia do żucia, butelki do ssania lub lizaków (Potgieter Marks, 2017).

- Dziecięce stany dysocjacyjne, które często doświadczają nadmiernego lub zbyt małego pobudzenia, można wspierać poprzez zabawę skupiającą się na komunikacji wzrokowej, bezpiecznym i opiekuńczym kontakcie z ciałem, takim jak: masaż (jeśli dziecko jest w stanie go tolerować), kołysanie w hamaku lub karmienie. Historyjki lub samodzielnie tworzone piosenki, koncentrujące się na zasobach i bezpieczeństwie, mogą pomóc uspokoić dziecko. Pomocnym narzędziem może być forma poradnika wideo służącego wzmocnieniu przywiązania (Havermans, Verheule, Prinsen, 2014).

- Dzieci dysocjacyjne nie są często w stanie kontrolować swojej złości. Należy poinstruować rodziców / opiekunów, aby pozostawali blisko swojego dziecka i pomagali mu regulować gniew i uspokajać się. Ponadto muszą oni ustalić wyraźne granice, aby dziecko czuło się bezpieczne (kontenerowane). Dziecko dysocjacyjne musi nauczyć się odpowiedzialności za zachowania destrukcyjne, nawet jeśli są one pokryte amnezję. Akceptująca postawa wobec wszystkich stanów dysocjacyjnych, w tym stanów gniewu / wściekłości / przemocy, ułatwi dziecku akceptować te stany jako własne części. Odrzucenie niektórych stanów dysocjacyjnych lub uczuć wzmacnia potrzebę utrzymania wobec nich dysocjacji.

Wszelkie prawa zastrzeżone. Copyright do tłumaczenia polskiego by Pietkiewicz & Tomalski, 2020
www.e-psyche.eu

Rodzice lub opiekunowie mogą powiedzieć dziecku w trakcie terapii, że akceptują wszystkie stany dysocjacyjne dziecka lub napisać notatkę z podziękowaniem do opiekuńczych lub gniewnych stanów dziecka. Silberg (2013) odwołuje się do Seligmana, Steena i Petersona (2005), którzy uznali uczucie wdzięczności za antidotum na depresję i kluczowy element zdrowia psychicznego. Wdzięczność u dzieci jest promowana poprzez sporządzanie notatek z podziękowaniami dla odpowiednich stanów dysocjacyjnych za wszelką pomoc, jakiej udzieliły dziecku w chwili traumy.

- Ponieważ dla niektórych dzieci szkoła jest źródłem dystresu, muszą mieć w niej osobę, której mogą zaufać i która jest w stanie nawiązać z nimi emocjonalną więź. Można również wprowadzić konkretne interwencje w zakresie przewidywania dnia szkolnego (wzrokowy harmonogram) i stałego wsparcia w szkole, aby zapewnić dziecku obiekt przywiązania w szkole (Bomber, 2007). Allen (2017) pisze w odniesieniu do szkoły: „Kluczowe wsparcie ze strony dorosłych jest niezbędne, aby pomóc dziecku wobec jego dysregulacji" (s. 208).

Regulacja emocjonalna. Aby umożliwić dziecku radzenie sobie z pobudzeniem (A jak *Arousal* w modelu EDUCATE), należy edukować dziecko w zakresie nadmiernego i zbyt małego pobudzenia oraz jego wpływu na ciało. Dziecko musi zdawać sobie sprawę z doznań cielesnych i może się nauczyć różnych technik radzenia sobie z pobudzeniem. Podczas tych doświadczeń, klinicysta i opiekunowie muszą być dostrojeni do dziecka, aby pomóc mu w regulowaniu przeżyć. Wtedy dziecko posiądzie techniki zarówno inter- i intrapersonalne oraz doświadczenia współregulacji i samoregulacji.

Po tym, jak dziecko nauczy się regulować pobudzenie, może zacząć uczyć się radzenia sobie z emocjami. Rozwój umiejętności regulacji emocji zależy w oczywisty sposób od wieku dziecka. Dysocjacja jest sposobem na ucieczkę od przytłaczających emocji. Podczas przetwarzania traumy intensywne uczucia, takie jak gniew, strach i wstyd, mogą przytłoczyć dziecko do tego stopnia, że nie będzie w stanie kontynuować pracy. Dziecko może wówczas zdysocjować i stracić kontakt z terapeutą. Dziecko może być również zbyt przytłoczone uczuciami po sesji i używać samookaleczania lub nadużywania substancji do regulacji emocji. Dlatego,

Wszelkie prawa zastrzeżone. Copyright do tłumaczenia polskiego by Pietkiewicz & Tomalski, 2020
www.e-psyche.eu

aby zminimalizować korzystanie z dysocjacji, dzieci dysocjacyjne potrzebują szeroko zakrojonej pracy związanej z regulacją emocji.

Praca nad regulacją emocji obejmuje kilka etapów. Kiedy dziecko doświadcza traumy w niemowlęctwie, może mieć trudności z rozróżnianiem emocji i mniejszy wgląd w swoje życie emocjonalne. Co więcej, czasami słabo rozwinięte życie emocjonalne prezentuje się w sposób autystyczny, co można lepiej zrozumieć jako opóźnienie neurorozwojowe.

Świadomość emocjonalna dziecka może się poprawić poprzez badanie odczuć somatycznych, nazywanie ich i łączenie z emocjami przy pomocy klinicysty oraz przy wsparciu rodziców lub opiekunów. Dzieci z zaburzeniami dysocjacyjnymi mają czasami stany dysocjacyjne z pozornym brakiem uczuć lub stany z gwałtownymi, przytłaczającymi uczuciami. Te ostatnie powodują, że dziecko boi się ogólnie uczuć, a różne stany dysocjacyjne boją się siebie wzajemnie, gdyż nie rozumieją zachowania i uczuć innych stanów. Dziecko musi być w stanie doświadczyć i zaakceptować wszystkie swoje uczucia i zachowania. Silberg, (2013) podkreśla też, jak ważne jest uznanie tego, co pozostaje ukryte w „ja" (C jak *Claim* w modelu EDUCATE). Dziecko musi się nauczyć jak przyjąć to, co jego umysł próbował odrzucić lub czego próbował unikać. Bardzo często prowadzi to do doświadczenia silnych uczuć, których wcześniej dziecko nie było w stanie poczuć lub z którymi nie mogło sobie poradzić oraz do budowania rozumienia tych stanów dzięki terapii.

Wyjaśnienie celu różnych uczuć i zachowań pozwala dziecku na lepsze ich zrozumienie. Według Silberg (2013), ważne jest, aby dziecko zrozumiało, co kryje się za stanami dysocjacyjnymi (U jak *Understand* w modelu EDUCATE). Proces ten pozwala dziecku odkryć ukryte aspekty aktywowanego automatycznie repertuaru stanów afektywnych, tożsamości i zachowań, które pomagają omijać centralną świadomość i angażować się w unikanie. Następnie dzieci muszą nauczyć się akceptować i tolerować emocje oraz je wyrażać i regulować w codziennym życiu. Tylko wtedy mogą zacząć akceptować i tolerować dawne emocje powiązane z traumą.

Wszelkie prawa zastrzeżone. Copyright do tłumaczenia polskiego by Pietkiewicz & Tomalski, 2020
www.e-psyche.eu

Dziecko musi mieć możliwość zobaczenia wszelkich swoich zachowań, jakkolwiek trudne by one nie były, jako próby osiągnięcia celu – ratunku lub uzyskania wsparcia. Zachowania te były ważne w przeszłości, gdyż umożliwiły dziecku przetrwanie traumy, ale w chwili obecnej powodują znaczny dyskomfort dla dziecka lub ludzi wokół niego. Kiedy dziecko zaczyna rozumieć, dlaczego niektóre stany dysocjacyjne prezentują przerażające / złożone zachowanie, zachowanie to zaczyna wywoływać mniej strachu. Staje się jasne, że jest powód tego zachowania, a dzięki temu można je bardziej tolerować zarówno przez dziecko, jak i przez rodziców / opiekunów. Czasami dziecko może usłyszeć głosy wydające mu agresywne rozkazy. Kiedy dziecko zacznie rozumieć, że gniew jest użyteczny, a nie zły sam sobie, to nauczy się z nim radzić i akceptować u siebie. W ten sposób można zmniejszyć u dziecka lęk, strach lub fobię wobec jego wewnętrznego świata.

Zmiana poznawcza. Jeśli dziecko jest celowo lub nieumyślnie straumatyzowane przez rodzica lub inną osobę pozostającą z nim w bliskim związku, ważne jest, aby przyjrzeć się kwestiom poruszanym w tym teście (kroku). Dzieci często obwiniają się za to, co się wydarzyło i towarzyszą im przekonania, typu: *To moja wina* lub *Jestem złym dzieckiem*. Przetwarzanie traumy prowadzi do zmiany tych przekonań. Dziecko musi dokonać zmiany poznawczej prowadzącej do przyjęcia przekonań, takich jak: *Nie jestem odpowiedzialny* lub *Jestem dobrym dzieckiem*. Dziecko musi być w stanie oddać odpowiedzialność za to, co się stało sprawcy (którym często jest rodzic), bez ryzyka odrzucenia. Dopiero wtedy dziecko może dokonać tej zmiany poznawczej. Jednak żeby móc oddać odpowiedzialność sprawcy (rodzicowi), dziecko musi wiedzieć, czy ten sprawca uznaje swoją odpowiedzialność, a wtedy dziecko nie musi obawiać się odrzucenia. Jeśli rodzic-sprawca lub rodzic, który nie był w stanie ochronić dziecka, nie potrafią uznać tego, co się stało, nie są w stanie potwierdzić, że nie była to wina lub odpowiedzialność dziecka, to dzieci mają skłonność do zachowania lojalności i czują się odpowiedzialne za nadużycie. Tylko w sytuacji dostatecznego przywiązania do innej osoby (rodzica nie będącego sprawcą, rodzica zastępczego, przybranego, adopcyjnego lub opiekuna) dziecko może zaryzykować odrzucenie przez rodzica-sprawcę i dokonać zmiany poznawczej.

Wszelkie prawa zastrzeżone. Copyright do tłumaczenia polskiego by Pietkiewicz & Tomalski, 2020
www.e-psyche.eu

Jeśli jedno z rodziców wykorzystywało lub zaniedbywało dziecko, to drugi rodzic jest również odpowiedzialny za brak ochrony dziecka. To trudne przesłanie dla osób, które nie są sprawcami, a które i tak już czują się winne. Klinicyści są skłonni minimalizować ich winę lub odpowiedzialność, a nawet jej zaprzeczać. Może to spowodować kłopoty podczas leczenia traumy u dziecka. Jeśli ta odpowiedzialność nie jest przyjęta, to może dojść do odwrócenie ról w relacji rodzic-dziecko, ponieważ dziecko zachowa przekonanie, że jego rodzic nie może go chronić, a więc ono samo musi chronić siebie. Dziecko może rozpocząć przetwarzanie traumy tylko wtedy, gdy wie, że zmiana poznawcza może się bezpiecznie dokonać (Struik, 2014).

Jest kilka istotnych kwestii w tym teście (kroku). Ważne jest, aby zachować neutralną postawę i akceptację wobec rodzica-sprawcy oraz zawsze omawiać pozytywne uczucia, jakie dziecko może wobec niego posiadać lub pozytywne uczucia, jakie rodzic-sprawca może mieć wobec swojego dziecka. Pomimo tego, co zrobił, jeśli sprawca przejawia pozytywne uczucia wobec swojego dziecka, ważne jest, aby ono o tym wiedziało (od terapeuty). Jeśli dziecko czuje, że klinicysta odrzuca jego rodzica, to mogą rozwinąć się konflikty wewnętrzne. Ważne jest też, aby pozwolić dziecku na wyrażanie negatywnych emocji w stosunku do rodziców, jeśli czuje taką potrzebę. Należy to zrobić w bezpieczny sposób, pozwalający na pomieszczanie tych uczuć. Dziecko musi nauczyć się tolerować ambiwalentne uczucia.

Czasami konieczne może być spotkanie między klinicystą a sprawcą, zwłaszcza jeśli dziecko ma nadal kontakt ze sprawcą, celem omówienia, w jakim stopniu osoba ta może wziąć na siebie odpowiedzialność. Powinno się to odbywać z ostrożnością i tylko wtedy, gdy mamy pewność, że spotkanie nie zdestabilizuje dziecka. Musi ono wiedzieć, że klinicysta je wspiera, ponieważ dzieci z traumą złożoną i dysocjacją często przeżywały zdradę (*betrayal–trauma*; Freyd 1994, 1996; Freyd i in., 2005; Freyd, Birell, 2013). Dzieci dysocjacyjne łatwo wyczuwają uczucia gniewu lub odrzucenia klinicysty wobec rodziców-sprawców. Należy tego unikać, ponieważ oznacza to także odrzucenie wewnętrznej części dziecka imitującej sprawcę. Z kolei zbyt ostrożne podejście klinicysty do sprawcy, może przenosić lęk, gdyż dziecko czuje, że sprawca jest niebezpieczny, podobnie jak własna,

Wszelkie prawa zastrzeżone. Copyright do tłumaczenia polskiego by Pietkiewicz & Tomalski, 2020
www.e-psyche.eu

zidentyfikowana z nim część. Spotkanie z rodzicem sprawcy, wysłuchanie jego historii i opowiedzenie mu o jego dziecku oraz wyjaśnienie wpływu traumy na przekonania dziecka o sobie może sprawić, że sprawca przyjmie większą odpowiedzialność. Informacje te mogą zostać użyte, aby przekazać dziecku poglądy jego rodziców i omówić skutki zmiany poznawczej. Rodzic może to zrobić na przykład w formie listu lub nagrania wideo, a klinicysta może opowiedzieć dziecku o rozmowie z tym rodzicem. Dzięki tym danym, dziecko może samo ocenić ryzyko odrzucenia przez rodziców lub rodzinę, gdy zacznie mówić o traumatycznych wspomnieniach (Struik, 2014).

„W kilku słowach". Dziecko z przewlekłą traumą ma zwykle wiele urazowych wspomnień, które należy przetwarzać kolejno, jedno po drugim. Dlatego, musi też być w stanie kontrolować do pewnego stopnia aktywację i dezaktywację swoich wspomnień. Musi umieć wymienić lub przynajmniej streścić główne traumatyczne wspomnienia bez odczuwania nadmiernego zakłócenia. Jeśli przytłoczy to dziecko nadmiernie, to należy wykonać więcej pracy w poprzednich testach (krokach). Dzieci dysocjacyjne często nie pamiętają od razu wszystkich urazowych doświadczeń. Często po przetworzeniu jednych wspomnień pojawiają się kolejne. Można zastosować następujące techniki:

- Praca wyobrażeniowa z obrazem sejfu (Struik, 2014) lub bezpiecznej przystani (*Safe Haven*)
- Technika ekranu (Adler-Tapia, Settle, 2008; Besser, 2011; Struik, 2014) - można ją ćwiczyć i zastosować później na etapie przetwarzania traumy. Jest to narzędzie terapeutyczne, zaadaptowane z tradycji hipnozy klinicznej, które ma na celu zapewnienie dziecku maksymalnej kontroli podczas przetwarzania traumatycznego materiału. Dziecko doświadcza siebie w pozycji obserwatora i wyświetla urazowe przeżycie jako film na wyimaginowanym ekranie. Dziecko określa, które stany dysocjacyjne są zaproszone do spojrzenia na traumatyczne wspomnienie, a które pozostają w bezpiecznym miejscu. Pozytywne wspomnienia lub ulubione zdjęcia mogą służyć jako wygaszacz ekranu, z którego dziecko może skorzystać, gdy poczuje się przytłoczone (Huber, 2011).

Wszelkie prawa zastrzeżone. Copyright do tłumaczenia polskiego by Pietkiewicz & Tomalski, 2020
www.e-psyche.eu

6.2. FAZA PRZETWARZANIA TRAUMY 4-18 LAT

W przypadku dorosłych zaleca się, aby leczenie przetwarzanie zachodziło w środkowej fazie leczenia - po dokonaniu stabilizacji. Jeśli zostanie rozpoczęte zbyt wcześnie, może zdestabilizować osobę z doświadczeniem traumy i prowadzić do hospitalizacji, samookaleczenia i regresji. Jednak w przypadku dzieci i młodzieży, zalecenie to należy rozważyć pod kątem indywidualnej sytuacji każdego dziecka. Należy uznać, że dzieci i młodzież nie miały tak dużej okazji do rozwinięcia silnych obron opartych na unikaniu i fobii traumatycznych treści w taki sposób, jak to się dzieje u dorosłych (Silberg, 2013; Struik, 2014).

Podczas tej fazy terapii dziecko musi również zrozumieć czynniki wyzwalające wspomnienia urazowe i mieć możliwość przetwarzania traumy (T jak *Trauma* w modelu EDUCATE). Dziecko musi również przetworzyć intensywne uczucia strachu, porzucenia, odrzucenia, wstydu i niepokoju, które nadal wpływają na jego postrzeganie siebie. Podczas przetwarzania traumy szczególny nacisk kładzie się na dysocjację somatoformiczną, a także stany dysocjacyjne, które są przyczyną zachowań ryzykownych, samookaleczeń lub zachowań agresywnych i seksualizowanych. Praca terapeutyczna nad tymi stanami dysocjacyjne może być bardziej skomplikowana, ale ich integracja przynosi zazwyczaj znaczną ulgę, zarówno dziecku, jak i dorosłym wokół niego.

Do przetwarzania traumatycznych doświadczeń może być wykorzystywana desensytyzacja za pomocą ruchu gałek ocznych (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, EMDR). EMDR jest opartą na dowodach naukowych metodą leczenia PTSD, która jest odpowiednia dla dzieci od niemowlęctwa. EMDR nie wymaga wielu umiejętności werbalnych, które zwykle są słabo rozwinięte u dzieci dysocjujących. Według Levine i Kline (2007), EMDR wydaje się mieć lepszy dostęp do stanów dysocjacyjnych niż CBT, ponieważ podczas powrotu do urazowych wspomnień często dostęp do wyższych funkcji korowych jest utrudniony.

Hipnoza lub kierowana synteza (G*uided Synthesis*), stosowana u dorosłych z zaburzeniami dysocjacyjnymi, nie są powszechnie stosowane u dzieci z dysocjacją. Drama symboliczna (*Symbol Drama*) może być obiecującą (małe badanie pilotażowe) metodą psychoterapeutyczną dla nastolatków. W metodzie tej,

Wszelkie prawa zastrzeżone. Copyright do tłumaczenia polskiego by Pietkiewicz & Tomalski, 2020
www.e-psyche.eu

nastolatek wprowadzony w stan relaksu, pracuje pod kierunkiem klinicysty z obrazami i marzeniami (Nilsson, 2007; Nilsson, Watsby, 2010). Stopniowe odliczanie (*Progressive Counting*) może być obiecującą (małe badania pilotażowe) metodą, opartą na fazowym modelu leczenia traumy (Greenwald, 2013).

W praktyce klinicznej doświadczeni klinicyści stosujący EMDR rozpoczynają leczenie traumy możliwie najwcześniej po stabilizacji, ponieważ prowadzi to do szybkiej redukcji nasilenia objawów, jeśli dysocjacja współwystępuje z PTSD lub złożonym PTSD. W przypadku dzieci z poważną dysocjacją strukturalną i już pofragmentowanym self, można stosować EMDR i inne metody, ale z zachowaniem ostrożności. W leczeniu traumy u dzieci z zastosowaniem EMDR / stymulacji bilateralnej można dodać następujące interwencje:

- Praca z osią czasu, aby umożliwić dziecku lepsze zrozumienie urazów w przeszłości i przetworzyć bolesne zdarzenia (Wieland, 2015),
- Korzystanie z wyobrażonej tarczy ochronnej, która będzie chronić dziecko (Waters, 2016),
- Każda czynność, która umożliwia dziecku opanowanie emocji, zachowania lub problemu po pierwotnym przetworzeniu traumy (Adler Tapia, 2012),
- Rysowanie i omawianie rysunków, w których kładziony jest nacisk na doświadczenia związane z traumą (Wieland, 2015),
- Terapia poprzez zabawę dotyczącą traumatycznego wydarzenia (Potgieter-Marks, 2017),
- Symbole opisujące doświadczenie traumy,
- Piaskownica przedstawiająca traumatyczne doświadczenie (Potgieter-Marks, 2017),
- Użycie kukiełek (Waters, 2012),
- Fantazjowanie o uratowaniu (Waters, 2012),
- Umieszczenie każdego nieprzetworzonego lub zagrażającego wspomnienia w pojemniku, w celu bezpiecznego przetwarzania (Waters, 2016),

Wszelkie prawa zastrzeżone. Copyright do tłumaczenia polskiego by Pietkiewicz & Tomalski, 2020
www.e-psyche.eu

- Aktywności senso-motoryczne (Waters, 2016, Potgieter-Marks, 2017),
- Tworzenie bezpiecznych miejsc dla stanów dysocjacyjnych w celu ich przechowywania na pewien czas (Waters, 2016),
- Tworzenie bezpiecznego miejsca lub ‘pokoju gniewu’, w którym mogą znajdować się gwałtowne lub agresywne stany (dysocjacyjne).

Traumatyczne wspomnienia mogą zostać osadzone w kontekście wspomnień z czasu, gdy świat był jeszcze w porządku, bezpośrednio przed urazowymi doświadczeniami (jest to możliwe tylko jeśli dziecko miało kiedykolwiek poczucie bezpieczeństwa przed wystąpieniem traumy) i w kontekście wspomnień, gdy dziecko po urazowych doświadczeniach ponownie poczuło się bezpiecznie. Wspomnienia te mogą funkcjonować jako ‘kotwica emocjonalna’ na końcu traumatycznego filmu, który można wykorzystać podczas techniki ekranu. Następnie zachęca się dziecko, by w obrębie takich ram ‘wyświetliło na ekranie’ urazowe wydarzenie na ekranie jako stary film i przyjrzało się, kawałek po kawałku, co się takiego wydarzyło. Celem jest to, aby dziecko, które jest zwykle zagubione, zorientowało się, że wydarzenia miały miejsce w przeszłości. Wyobrażony pilot do projektora pomaga dziecku regulować jego afekty i pobudzenie. Dziecko może wstrzymać albo przewinąć film do przodu lub do tyłu, może powiększać lub pomniejszać obraz. Odtwarzając wielokrotnie film, dziecko może przetwarzać traumatyczne wspomnienia, koncentrując się na swoich emocjach, odczuciach i przekonaniach. Szczególnie ważne obszary mogą zostać wyróżnione i mogą zostać szczegółowo omówione.

Istnieją pewne szczególne kwestie dotyczące stosowania EMDR u dzieci z zaburzeniami dysocjacyjnymi:

- Do stymulacji bilateralnej podczas EMDR, wskazane jest stosowanie ruchów gałek ocznych. Ułatwia to klinicystom monitorowanie, czy dziecko dysocjuje i pozwala na większą kontrolę nad procesem. Małym dzieciom łatwiej jest skoncentrować się na palcach, jeśli terapeuta zakłada na kukiełki. Niektóre dzieci z traumą mogą mieć problemy ze śledzeniem wzrokiem palców z powodu problemów fizycznych lub wczesnego zaniedbania i wczesnych traum. W takich przypadkach można używać innych rodzajów stymulacji bilateralnej, takich jak:

Wszelkie prawa zastrzeżone. Copyright do tłumaczenia polskiego by Pietkiewicz & Tomalski, 2020
www.e-psyche.eu

tapping lub stymulacja wibracyjna (Adler-Tapia, Settle, 2008) w połączeniu z rysunkami, opowiadaniem historii, piaskownicą i odpowiednimi książeczkami, które mogą pomóc dziecku w przetwarzaniu urazu.

- W przypadkach zaburzeń dysocjacyjnych może być konieczne aktywne zaangażowanie różnych stanów dysocjacyjnych. Zależy to również od świadomości dziecka. Im starsze dziecko, tym silniejsza może być bariera amnestyczna między różnymi stanami dysocjacyjnymi. Różne stany self mogą mieć odmienne postrzeganie traumy i każde z nich potrzebuje okazji do przetworzenia swojego traumatycznego doświadczenia (Waters, 2016).
- EMDR może aktywować wspomnienia i inne stany dysocjacyjne oraz indukować odgrywanie urazowych wspomnień. Na przykład, dziecko może stać się chwilowo bardziej gniewne, sadystyczne lub aktywne seksualnie. Należy to monitorować i postrzegać jako postęp zamiast przejaw regresji.
- Można zadawać pytania (interwencje poznawcze), takie jak: *Co tam robi chłopiec lub dziewczynka? Kto z nią jest? Jak on wygląda? Co się wtedy stanie?* Klinicysta może pomóc dziecku w rozróżnieniu między przeszłością a teraźniejszością.
- Rozwijanie i instalowanie zasobów (*Resource Development and Installation*, RDI, Adler Tapia, 2012) może być efektywnie stosowane u dysocjacyjnych dzieci do instalacji zasobów przydatnych przed, podczas i po leczeniu urazu.
- Traumatyczny materiał może być odtwarzany w zabawie i wówczas łatwo można wprowadzić przetwarzanie traumy. Dziecko odtwarza fragmenty swoich urazowych przeżyć z postaciami ludzkimi lub zwierzęcymi, w piaskownicy, domku dla lalek lub odgrywa role z kukiełkami lub pluszakami. W tego rodzaju zabawie, różne postacie / lalki / zwierzęta mogą symbolizować określone stany dysocjacyjne. Mogą one być nośnikiem zdysocjowanych emocji, szczególnych wspomnień, różnych stanów cielesnych i przekonań. Klinicysta może pytać poszczególne postacie o ich uczucia, przekonania na temat siebie lub świata, odczucia z ciała, aby pomóc dziecku w zrozumieniu, co oznaczają te postacie. Klinicysta może zachęcić dziecko, aby poszczególne postacie rozmawiały ze sobą, tak aby mógł się rozpocząć proces wzajemnego poznawania się,

Wszelkie prawa zastrzeżone. Copyright do tłumaczenia polskiego by Pietkiewicz & Tomalski, 2020
www.e-psyche.eu

wewnętrznej komunikacji i integracji. Ponadto klinicysta może wykorzystać swoją wiedzę na temat historii urazów dziecka i powiązać ją z tym, co dziecko odtwarza w swojej zabawie. Klinicyści przeszkoleni w zakresie EMDR mogą wspierać przetwarzanie podczas gry, dodając bilateralną stymulację (OP).

Ważne jest również, aby klinicyści wykorzystujący EMDR wiedzieli, że dzieci i młodzież z ciężką dysocjacją nie mogą raczej pozwolić na to, aby wszystkie stany dysocjacyjne były obecne podczas leczenia. Dysocjacja może występować stale, a niektóre stany dysocjacyjne mogą przeżywać EMDR (lub inne metody) jako coś denerwującego i niepokojącego. Często nie wszystkie aspekty traumatycznego wspomnienia: zachowanie, afekt, wrażenia senso-motoryczne, przekonania (model BASK Brauna, 1988) są przetwarzane jednocześnie. Leczenie traumy odbywa się zwykle warstwowo. Dziecko przetworzy niektóre wspomnienia, następnie ustabilizuje się ponownie i będzie pracować nad przywiązaniem. Kilka miesięcy później mogą pojawić się nowe wspomnienia lub inne aspekty tego samego wspomnienia, które muszą zostać przetworzone. Należy zauważyć, że jeśli dziecko zaczyna rozwijać powtarzające się doświadczenia lub czynności, może to wskazywać na jego niezdolność do przetworzenia traumy w danym momencie i ‘zapętlenie się’ w traumatycznym doświadczeniu (Potgieter-Marks, 2017). Terapeuci muszą zdawać sobie sprawę z faktu, że dzieci mają również zdolność do unikania traumy i tym samym wykorzystują terapię do dysocjowania w świat fantazji zamiast aktywnie przetwarzać traumę. Wydaje się, że dzieje się tak częściej w przypadku leczenia prowadzonego przez niedoświadczonych terapeutów, którzy stosują terapie nieustrukturowane - takie, w których dziecko kieruje terapią, a jednocześnie unika informacji o traumie (Potgieter-Marks, 2017). Aby nadal korzystać z tych aktywności i mieć zarazem pewność, że przetwarzanie traumy ma miejsce, niektórzy klinicyści wolą stosować ciągłą bilateralną stymulację (BLS) podczas interwencji. Można to zrobić poprzez chodzenie, marsz, bębnienie lub inną bilateralną aktywność (OP).

Rodzice lub opiekunowie muszą zostać poinformowani o wpływie przetwarzania traumy na dziecko. Często można zauważyć regresję, która powinna być akceptowana i postrzegana jako postęp w leczeniu. Ważne jest też pamiętać, że stan regresyjny może być ujawniającą się częścią dysocjacyjną (Waters, 2005) (GC).

Wszelkie prawa zastrzeżone. Copyright do tłumaczenia polskiego by Pietkiewicz & Tomalski, 2020
www.e-psyche.eu

6.3 FAZA STABILIZACJI 0-4 LAT

Faza stabilizacji u małych dzieci może być znacznie krótsza, niż u starszych. Traumatyczne wspomnienia mogą wywoływać niepokój związany z przywiązaniem i blokować pogłębianie relacji przywiązaniowych. Przetworzenie traumatycznych wspomnień tak szybko, jak to możliwe, może poprawić relacje przywiązania i spowodować szybki postęp we wszystkich obszarach rozwojowych. Aby stworzyć narrację na temat prawdopodobnych i określonych doświadczeń urazowych można wykorzystać informacje ze strony rodziców, rodziny, rodziców zastępczych, opiekunów, samego dziecka i na podstawie jego reakcji, bodźców wyzwalających, blizn i uszkodzeń ciała lub danych z wywiadu. Dodatkowe bezpieczeństwo może zapewnić lalka, miękkie zabawki, zdjęcia bohatera, albo też bycie przytulonym przez bliskiego opiekuna. W poradzeniu sobie ze stanami emocjonalnymi, które są nadmiernie lub zbyt słabo modulowane, przydatna może być uspokajająca muzyka lub zapach (np. lawenda), albo odczucie dotyku kocyka itp.

Minimalne wymagania do pracy:

- Nadużycie musi się zakończyć,
- Dziecko musi mieć obiekt przywiązania, który może towarzyszyć mu podczas sesji i jest wystarczająco stabilny, aby można się było do niego dostroić. Najlepiej jeśli jest to stały opiekun, ale leczenie traumy może się również toczyć z udziałem tymczasowego obiektu przywiązania, ponieważ przebywanie z rodziną przez kilka miesięcy może wydawać się małemu dziecku wiecznością.

6.4. FAZA PRZETWARZANIA TRAUMY 0-4 LAT

W procesie zdrowienia małych dzieci dotkniętych traumą złożoną, zasadnicze znaczenie ma stosowanie interwencji ukierunkowanych na traumę i opartych na systemie przywiązania (Osofsky, 2004). Leczenie traumy u małych dzieci zawsze wiąże się z psychoedukacją rodziców i pracą nad przywiązaniem. Małe dzieci mają tendencję do przetwarzania wspomnień urazowych w sposób warstwowy. Często, po przetwarzaniu traumy, relacje przywiązania ulegają pogłębieniu. Może to aktywować

Wszelkie prawa zastrzeżone. Copyright do tłumaczenia polskiego by Pietkiewicz & Tomalski, 2020
www.e-psyche.eu

nowe wspomnienia lub inne ich aspekty, a dziecko może wymagać dalszego przetwarzania traumy. Rodzice i opiekunowie powinni zostać poinstruowani, aby uważnie czekali i ponownie podejmowali terapię traumy, jeśli wystąpią dalsze zachowania dysocjacyjne. U dzieci poniżej czwartego roku życia, do aktywacji traumatycznych wspomnień służy technika EMDR opowiadania historii (*Story Telling,* Lovett, 1999). Narracja na temat traumy opisuje różne poziomy wymagające integracji: zachowanie, które obecnie wykazuje dziecko i odnoszące się do uczuć, wrażeń i przekonań, jakie ono miało lub mogło mieć podczas zdarzenia urazowego. Opiekun, rodzic lub klinicysta opowiada historię traumy, trzymając dziecko na kolanach, podczas gdy terapeuta EMDR wykonuje bilateralną stymulację (BLS). Dzieci, które mają traumatyczne przeżycia w fazie prewerbalnej, mają często niewiele świadomych wspomnień lub wcale ich nie posiadają. Wiele małych dzieci potrafi podać istotne informacje, choćby w sposób fragmentaryczny, które również można wykorzystać do przetwarzania ich traumy. Małe dzieci często wyrażają swój niepokój poprzez ciało, a poprzez refleksję nad tym, co robi ciało, dziecko zaczyna lepiej rozumieć swój wewnętrzny świat. Klinicysta może też zastanowić się nad reakcjami organizmu podczas wykonywania EMDR, aby umożliwić małemu dziecku przetworzenie wrażeń zmysłowych związanych z traumatycznymi wspomnieniami. W przypadku małych dzieci zamiast ruchów oczu stosuje się BLS w formie tappingu, wibratorków albo innych rozwiązań.

Konkretnymi modelami psychoterapii dziecka z rodzicem są: dobrze zwalidowany Diadyczny model modulacji stanów emocjonalnych CPP (Van Horn, Lieberman, 2008), Terapia interakcji rodzic-dziecko (Ford i Gurwitch, 2008) lub Terapia systemów rodzinnych (Ford, Saltzman, 2009) - stosowana, gdy z powodu rozregulowanego dziecka cierpi jego rodzeństwo. W praktyce klinicznej, stosuje się interwencje umożliwiające przetwarzanie traumy, takie jak: terapia zabawą, arteterapia, rysunki i odgrywanie ról. Szczególnie w przypadku młodszych dzieci, nie zaleca się korzystania z gier fantasy, aby uniknąć traumatycznych przeżyć. Niektóre aspekty lub postacie w sztuce, rysunkach, malarstwie i odgrywaniu ról mogą wymagać szczególnego zbadania, ponieważ mogą reprezentować stany dysocjacyjne.

Wszelkie prawa zastrzeżone. Copyright do tłumaczenia polskiego by Pietkiewicz & Tomalski, 2020
www.e-psyche.eu

Niektóre dzieci podczas przetwarzania urazu mogą również podawać informacje na temat urazowych doświadczeń prenatalnych. Jeśli tak się stanie, ważne jest również zbadanie i przetworzenie tych traumatycznych doświadczeń (Potgieter-Marks, 2016).

6.5. FAZA INTEGRACJI

Silberg (2013) opisuje integrację jako część etapu kończenia (*ending*) - E w modelu EDUCATE. Waters (2016) omawia także różne przykłady integracji u dzieci. Fazę końcową należy też wykorzystać w celu umożliwienia dziecku nabycia kompetencji niezbędnych do zachowywania się odpowiednio do wieku.

Dla dzieci z zaburzeniami dysocjacyjnymi integracja oznacza akceptację wszystkich stanów dysocjacyjnych, jako części siebie. Przetwarzanie urazu kończy się, gdy dziecko z zaburzeniem dysocjacyjnym zdaje sobie sprawę, że to ono właśnie miało wszystkie te doświadczenia (personifikacja) i że te doświadczenia należą już do przeszłości (prezentyfikacja) (Van der Hart i in., 2006). Początkowo, wyjaśnienia dziecka mogły brzmieć: „to jest tak złe, że nie mogło mi się przydarzyć, więc musiało się przytrafić komuś innemu". W ten sposób dochodzi do podziału osobowości. Dla dysocjacyjnych stanów osobowości wydarzenia urazowe nie należą do przeszłości, ale wydają się nadal prawdziwe, w tu i teraz. Po przetworzeniu traumatycznych wspomnień i zintegrowaniu wszystkich dysocjacyjnych stanów osobowości, zachowują one świadomość teraźniejszości i zdają sobie sprawę z tego, że ich urazowe doświadczenia należą do przeszłości. Dziecko może nadać sens swoim doświadczeniom i włączyć je wszystkie w pamięć autobiograficzną. Może pojawić się okres żalu i straty dla utraconego dzieciństwa (Waters, 2016).

W fazie integracji dziecko wyciąga ważne wnioski z doświadczeń i odrzuca informacje, które nie były istotne. Uczy się nadawać sens temu, czego doświadczyło. Znajduje wyjaśnienie dla tego, co się stało i co to dla niego osobiście oznacza. Ponadto dziecko musi nauczyć się żyć z pozytywnymi i negatywnymi uczuciami, myślami i pragnieniami. Musi być w stanie tolerować wewnętrzne konflikty i nauczyć się radzenia sobie ze sprzecznymi myślami i emocjami. Czarno-białe myślenie, które

Wszelkie prawa zastrzeżone. Copyright do tłumaczenia polskiego by Pietkiewicz & Tomalski, 2020
www.e-psyche.eu

jest typowe dla dzieci z traumą, jest przeciwieństwem zintegrowanego myślenia i tolerowania ambiwalencji. Terapię można kontynuować, aby pomóc dziecku w integracji nowej wiedzy z rzeczywistością po integracji.

Stany dysocjacyjne, które wykazują nieodpowiednie zachowanie w życiu dziecka, muszą zdawać sobie sprawę z tego, że niebezpieczeństwo minęło. Należy zachęcać te stany dysocjacyjne, aby się przystosowały do nowej roli (Waters, 1998, 2016), która poprawi obecne życie, zachowanie i wyniki dziecka. Chociaż stan dysocjacji imitujący sprawcę może okazać się niezwykle destrukcyjny lub autodestrukcyjny, to należy docenić jego podstawową funkcję - jako kogoś wspierającego nadużywane lub maltretowane dziecko, chociaż w niektórych przypadkach może to nie być możliwe (Potgieter-Marks, 2012a; Potgieter-Marks, 2012b).

Po przetworzeniu traumy integracja może nastąpić spontanicznie. Jeśli jednak nie nastąpiła spontaniczna integracja stanu dysocjacyjnego, to konieczna jest pomoc dziecku w tym obszarze. Dziecko może poprzez komunikację wewnętrzną zmienić nazwę i funkcję stanu dysocjacyjnego, aby dostosować go do bardziej akceptowalnej roli. Integrację można również wyjaśnić za pomocą metafor, takich jak drużyna piłkarska, która może wygrać tylko wtedy, gdy wszystkie części zespołu współpracują ze sobą. Działania wspierające proces integracji to: doświadczenia wizualne (np. malowanie tęczy, w której miesza się kilka kolorów) lub wrażenia dotykowe (np. lepienie kulki z użyciem różnokolorowych kawałków gliny, gdzie każdy kolor symbolizuje jedną część), rytuały syntezy lub postacie w piaskownicy symbolizujące różne stany dysocjacyjne, zbliżające się do siebie i trzymające się za ręce itp (Waters, 1998). Waters (2016) opisuje symboliczne rysunki integracji, a także zastosowanie EMDR podczas integracji stanów dysocjacyjnych.

Integracja jest udana, gdy traumatyczne wspomnienia nie są już przytłaczające, zmniejszyły się objawy somatyczne, udało się poprawić regulację afektu i uzyskano nowe rozumienie poznawcze. Dziecko jest w stanie przejąć większą kontrolę nad sobą i swoim zachowaniem oraz nie doświadcza już siebie jako kogoś bez kontroli. Zazwyczaj występuje znaczna poprawa objawów, co obiektywnie potwierdzają dorośli opiekujący się dzieckiem.

Wszelkie prawa zastrzeżone. Copyright do tłumaczenia polskiego by Pietkiewicz & Tomalski, 2020
www.e-psyche.eu

7. LECZENIE SZPITALNE

Leczenie ambulatoryjne jest leczeniem z wyboru w terapii dzieci dysocjacyjnych, a zwłaszcza nastolatków. Ma ono na celu zapobieganie regresji i utrzymaniu różnych aspekty dobrego funkcjonowania. Ponieważ placówki szpitalne różnią się w poszczególnych krajach europejskich, w rozdziale tym podano tylko ogólne uwagi. Leczenie stacjonarne w ośrodku dla młodzieży lub na oddziale psychiatrycznym może być konieczne, jeśli otoczenie dziecka nie jest wystarczająco stabilne, aby wesprzeć je w jego wewnętrznych konfliktach i zmaganiach towarzyszących procesowi terapeutycznemu. Może się tak dziać, jeśli dziecko wykazuje zachowania agresywne, destrukcyjne, autodestrukcyjne albo agresję seksualną, które są zbyt przytłaczające lub niebezpieczne zarówno dla niego, jak i jego otoczenia. Leczenie w ośrodku stacjonarnym lub oddziale szpitalnym może być czasem ulgą dla dziecka dysocjacyjnego. Bliskość rodziny bywa stałym źródłem stresu, który jest trudny do rozpoznania. Po umieszczeniu na oddziale, funkcjonowanie często się poprawia, szczególnie u dzieci w wieku od sześciu do dwunastu lat.

8. CZAS LECZENIA

Faza stabilizacji u dzieci może mieć bardzo zróżnicowany przebieg. Czasami dziecko potrzebuje intensywnej pracy, czasem skupionej na kilku aspektach, a niekiedy tylko w jednym obszarze. Istotnym czynnikiem wpływającym na leczenie jest wiek dziecka. Bardzo małe dzieci nie potrzebują wiele stabilizacji. Faza stabilizacji może u nich trwać bardzo krótko, jeśli mają obiekt, w stosunku do którego rozwinęło bezpieczne przywiązanie. Dzieci w wieku od sześciu do dwunastu lat potrzebują dłuższej stabilizacji, zwykle trwającej kilka miesięcy. Młodzież potrzebuje często znacznie więcej pracy, a ich faza stabilizacji może trwać dłużej niż rok. Leczenie może obejmować indywidualne sesje terapeutyczne, sesje z dzieckiem i jego rodzicami /

Wszelkie prawa zastrzeżone. Copyright do tłumaczenia polskiego by Pietkiewicz & Tomalski, 2020
www.e-psyche.eu

opiekunami, a czasami tylko z rodzicami / opiekunami. Terapię można połączyć z terapią rodzinną lub wsparciem dla rodziców / opiekunów. Dzieci mogą być podatne na nowe problemy w czasie opanowywania kolejnych kroków rozwojowych, zwłaszcza w okresie dojrzewania. Dalsza terapia może być dla nich wsparciem na tych kolejnych etapach życia.

9. NADUŻYCIE ZORGANIZOWANE

Coraz więcej dzieci informuje o tym, że były ofiarami zorganizowanego nadużycia. Te dzieci i młodzież należą do grup najbardziej straumatyzowanych. Aby umożliwić im powrót do zdrowia, mogą wymagać bardziej intensywnego leczenia, dostosowanego do ich konkretnych potrzeb.

10. KLINICYŚCI

Dzieci dysocjacyjne nie ufają dorosłym, ponieważ mają zaburzenia przywiązania i bardzo często cierpią z powodu traumy zdrady (*betrayal-trauma*, Freyd 1994, 1996; Freyd i in., 2005; Freyd, Birell, 2013). Klinicysta potrzebuje wystarczająco bezpiecznego opiekuna jako osoby współleczącej i któremu dziecko powie znacznie więcej o swoim wewnętrznym świecie, aniżeli lekarzowi lub terapeucie. Ponieważ dzieci same nie dokonują integracji swojego świata, korzystniejsza jest praca z kimś zaangażowanym w codzienne życie dziecka. Osoby pracujące z tymi dziećmi mogą doświadczać skrajnie intensywnych uczuć: paniki, nienawiści, sadyzmu, smutku, potrzeby zależności, odrzucenia, bezwartościowości lub poczucia bycia nieważnym. Klinicyści pracujący z dziećmi dysocjacyjnymi muszą mieć regularny dostęp do (koleżeńskiej) superwizji i konsultacji, aby rozpoznawać przeniesieniowe zjawiska związane z traumą, procesy równoległe i aby zapobiec wtórnej traumatyzacji. Zwłaszcza poczucie bezradności i bezsilności, których doświadczyły lub nadal doświadczają dzieci dysocjacyjne, mogą ulec przeniesieniu i doprowadzić do wtórnej traumatyzacji u leczących.

11. WNIOSKI

Wszelkie prawa zastrzeżone. Copyright do tłumaczenia polskiego by Pietkiewicz & Tomalski, 2020
www.e-psyche.eu

Staje się coraz wyraźniejsze, że profesjonaliści zajmujący się straumatyzowanymi dziećmi szukają odpowiedzi na to, jak leczyć tę złożoną grupę dzieci. Niniejsze wytyczne powinny dostarczyć ważnych informacji na temat procesu ich diagnozy i leczenia, a także wskazują terapeutom dostępną literaturę. Trauma złożona i dysocjacja u dzieci oraz młodzieży mogą być leczone z dobrymi wynikami, umożliwiając powrót do zdrowia.

12.LITERATURA

Achenbach, TM & Rescorla, LA. (2007). Manual for the ASEBA School Age Forms and Profiles. Burlington: ASEBA.

Adler-Tapia, R. & Settle, Carolyn (2008). EMDR and the Art of Psychotherapy with Children. New York: Springer Publishing Company, LLC.

Adler-Tapia, R. (2012). Child Psychotherapy: Integrating Developmental Theory into Clinical Practice. New York: Springer Publishing Company, LLC.

Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., et al. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 256(3), 174-186.

Andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. (2012). Understanding Interpersonal Trauma in Children: Why We Need A Developmentally Appropriate Trauma Diagnosis. American Journal of Orthopsychiatry, 82(2), 187-200.

Arvidson,J. Kinniburgh, K., Howard, K., Spinazzola., Strothers, H., Evans, M., Andres, B., Cohen, C., Blaustein, M.E. (2011). Treatment of Complex Trauma in Young Children: Development and Cultural Considerations in Application of the ARC Intervention Model. Journal of Child & Adolescent Trauma, 4(1), 34-51.

Armstrong, J., Putnam, F.W., Carlson, E., Libero, D., & Smith, S. (1997). Development and validation of a measure of adolescent dissociation: The

Wszelkie prawa zastrzeżone. Copyright do tłumaczenia polskiego by Pietkiewicz & Tomalski, 2020
www.e-psyche.eu

Adolescent Dissociative Experience Scale. Journal of Nervous & Mental Disease, 185, 491-497.

Barach, P. (1991). Multiple personality as an attachment disorder. Dissociation, 4, 117-123.

Baita, S. (2015a). Dalma (4-6 years old).“I’ve Got All My Sisters With Me”.Treatment of Dissociative Identity Disorder in a Sexually Abused Young Child. In S. Wieland (Ed.), Dissociation in Traumatized Children and Adolescents – Theory and Clinical Interventions (2nd ed.) (pp. 41-88). London: Routledge.

Baita, S. (2015b) Rompecabezas: Una guía introductoria al trauma y la disociación en la infancia. Amazon: CreateSpace.

Besser, L.U. (2011). Screen Technik 1, UnveröffentlichesManuskript, Curriculum fürPsychotraumatologie. Blaustein, M. &Kinniburgh, K. (2010). Treating Traumatic Stress in Children and Adolescents. Guilford. New York

Bomber, L.M. (2007). Inside I’m Hurting. Practical strategies for supporting children with attachment difficulties in schools. London: Worth Publishing.

Braun, B. G. (1988). The BASK model of dissociation. Dissociation, 1, 2, 4-23.

Brand, B. L.; Armstrong, J. G.; Loewenstein, R. J.; McNary, S. W. (2009). Personality differences on the Rorschach of dissociative identity disorder, borderline personality disorder, and psychotic inpatients. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 1(3), 188-205

Briere, J. (1996). The Trauma Symptom Checklist for Children. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Briere, J., Johnson, K., Bissada, A., Damon, L., Crouch, J., Gil, E., Hanson, R., & Ernst, V. (2001). The Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC): Reliability and association with abuse exposure in a multi-site study. Child Abuse & Neglect, 25, 1001-1014.

Brisch K.H. (2012) Treating Attachment Disorders. From Theory to Therapy. New York/ London: The Guilford Press

Wszelkie prawa zastrzeżone. Copyright do tłumaczenia polskiego by Pietkiewicz & Tomalski, 2020
www.e-psyche.eu

Brunner, R., Parzer, P., Schuld, V., &Resch, F. (2000). Dissociative symptomatology and traumatogenic factors in adolescent psychiatric patients. Journal of Nervous & Mental Disease, 188, 71-77.

Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D. & Braunwald, K. (1989) Developmental Psychology, 25(4), 525-531. http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.25.4.525

Carrion, V. G., & Steiner, H. (2000). Trauma and dissociation in delinquent adolescents. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 39(3), 353-359.

Coons, P.M. (1996). Clinical phenomenology of 25 children and adolescents with dissociative disorders. Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 5, 361-374.

Coppens, L., Schneijderberg, M. & Van Kregten, C. (2016). Lesgeven aan getraumatiseerde kinderen. Amsterdam:Uitgeverij SWP.

Draijer N. & Langeland W. (1999). Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients. Am J Psychiatry, 156(3), 379-85.

Dell, P.F., & Eisenhower, J.W. (1990). Adolescent multiple personality disorder: A preliminary study of eleven cases. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 29, 359-366.

Farrington, A.D., Waller, G.D., Smerden, J.D., &Faupel, A.W. (2001). The Adolescent Dissociative Experiences Scale: Psychometric properties and difference in scores across age groups. Journal of Nervous and Mental Disease, 189, 722-727.

Ford,J. (2009). Neurobiological and Developmental Research. Clinical Implications. In C. Courtois & J. Ford (Eds.), Treating Complex Traumatic Stress Disorders. An Evidence-Based Guide (pp 31-58). Cambridge: Cambridge University Press.

Ford J., & Courtois, C. (2013). Treating Complex Traumatic Stress Disorders in Children and Adolescent. New York: Guilford Press.

Wszelkie prawa zastrzeżone. Copyright do tłumaczenia polskiego by Pietkiewicz & Tomalski, 2020
www.e-psyche.eu

Freyd, J. J. (1994). Betrayal-trauma: Traumatic amnesia as an adaptive response to childhood abuse. Ethics & Behavior, 4, 307-329.

Freyd, J. J. (1996). Betrayal trauma: The logic of forgetting childhood abuse. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Freyd, J. J., & Birrell, P. J. (2013). Blind to Betrayal: Why we fool ourselves we aren't being fooled. Somerset, NJ: Wiley.

Freyd, J. J ., Klest, B., & Allard, C. B. (2005). Betrayal trauma: Relationship to physical health, psychological distress, and a written disclosure intervention. Journal of Trauma & Dissociation, 6(3), 83-104

Gerge, A. (red.) (2013). Vad har du varit med om? PTSD och dissociation hos barn och unga. Förekomst, diagnostik och behandling. Stockholm: Insidan.

Greenwald, R. (2013). Progressive counting within a phasemodel of traumainformed treatment. New York: Routledge.

Havermans, A., Verheule, C & Prinsen, B. (2014). Gehechtheid in Beeld. Handleiding video-interactiebegeleidingvoorprofessionals in de adoptienazorg. Amsterdam: BV Uitgeverij.

Herman, J.L. (1992). Trauma and recovery. New York: Basic Books

Hornstein, N.L., & Putnam, F.W. (1992). Clinical phenomenology of child and adolescent dissociative disorders. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 31, 1077-1085.

Huber, M. (2011). VieleSein. EinHandbuch. Komplextrauma undIdentität-verstehen, verändern, behandeln. Paderborn: Jungfermann.

Hughes, D. (2006). Building the Bonds of Attachment – Awakening Love in Deeply Troubled Children. New York/Oxford: Jason Aronson.

Hughes, D. & Bailin, J. (2012). Brain Based Parenting: The Neuroscience of Caregiving for Healthy Attachment. New York/London: W.W. Norton & Company.

Wszelkie prawa zastrzeżone. Copyright do tłumaczenia polskiego by Pietkiewicz & Tomalski, 2020
www.e-psyche.eu

Kassam-Adams, N. (2006). The Acute Stress Checklist for Children (ASC-Kids): Development of a Child Self-Report Measure. Journal of Traumatic Stress, 19(1), 129–139.

Lanius, R. A., Vermetten, E., Loewenstein, R. J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, J. D., & Spiegel, D. (2010). Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. The American journal of psychiatry, 167(6), 640-647.

Levine, PA & Kline, M. (2007). Trauma Through a Child's Eyes. Colorado: Ergos Institute Press. Liotti, G. (1999). Disorganization of attachment as a model of understanding disso- ciative psychopathology. In J. Solomon, & C. George (Eds.), Attachment Disorganization (pp. 291-317). New York: Guilford Press.

Liotti, G. (2006). A model of dissociation based on attachment theory. Journal of Trauma & Dissociation, 7, 55-74.

Liotti, G. (2009). Attachment and Dissociation. In: P. Dell & J. O´Neil (Eds.), Dissociation and the Dissociative Disorders. DSM-V and Beyond. (pp.53-65). New York, London: Routledge Press.

Lovett, J. (1999). Small Wonders: healing childhood trauma with EMDR. New York: Free Press.

Ludy-Dobson, C. R., & Perry, B. D. (2010). The role of healthy relational interactions in buffering the impact of childhood trauma. In Gil (Ed.), Working with children to heal interpersonal trauma: The power of play. (26-43). New York: Guilford Press.

Mann, B.J., & Sanders, S. (1994). Child dissociation and the family context. Journal of Abnormal Child Psychology, 22, 373-388.

Nemzer, E. (1998). Psychopharmacological interventions for children and adolescents with dissociative disorders. The dissociative child: Diagnosis, treatment & management (2nd ed., pp. 231-272). Lutherville, MD: Sidran.

Nijenhuis, E. (2012). Fantasy proneness in dissociative identity disorder. ONE 7(6), e39279. doi:10.1371/journal.pone.0039279. Supporting information S1.

Wszelkie prawa zastrzeżone. Copyright do tłumaczenia polskiego by Pietkiewicz & Tomalski, 2020
www.e-psyche.eu

Nilsson, D. (2007). Trauma, Posttraumatic Stress and Disociation Among Swedish Adolescents.Evaluation of Questionnaires. Linköping: Linköping University Medical Dissertations No 979.

Nilsson, D., & Wadsby, M. (2010). Symboldrama, a psychotherapeutic method for adolescents with dissociative and PTSD symptoms: A pilot study. Journal of Trauma and Dissociation 22, 308-321.

Ogawa, J.R., Sroufe, L.A., Weinfield, N.S., Carlson, E.A., & Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. Development & Psychopathology, 9, 855-979.

Osofsky, J. D. (2004). Young children and trauma: Intervention and treatment. New York: Guilford Press.

Perry, B.D. (2006). The Neurosequential Model of Therapeutics: Applying principles of neuroscience to clinical work with traumatized and maltreated children. In N. Boyd Webb (Ed.), Working with Traumatized Youth in Child Welfare (pp.27-52). New York, NY: Guilford.

Perry, BD. (2009). Examining Child Maltreatment Through a Neurodevelopmental Lens: Clinical Applications of the Neurosequential Model of Therapeutics. Journal of Trauma and Loss, 240-255

Perry, B. D., & Dobson, C. L. (2013). The neurosequential model of therapeutics Treating complex traumatic stress disorders in children and adolescents: Scientific foundations and therapeutic models (pp. 249-260). New York, NY: Guilford.

Potgieter-Marks, R. (2012a).Täterintrojekte in der Behandlung von dissoziativen Kindern. In :Vogt, R. (Hrsg.) Täterintrojekte: Diagnostische und therapeutischeKonzeptedissoziativerStrukturen (pp. 139-160) Kroning: AnsangerVerlag

Wszelkie prawa zastrzeżone. Copyright do tłumaczenia polskiego by Pietkiewicz & Tomalski, 2020
www.e-psyche.eu

Potgieter-Marks, R. (2012b). When the Sleeping Tiger Roars – Perpetrator Introjects in Children. In R. Vogt, (Ed.), Perpetrator Introjects – Psychotherapeutic Diagnostics and Treatment Models (pp. 87 – 110). Kroning: AnsangerVerlag

Potgieter-Marks, R. (2015). Jason (7-Years Old) – Expressing Past Neglect and Abuse: Two –Week Intensive Therapy for an Adopted Child with Dissociation. In S. Wieland (Ed.), Dissociation in Traumatized Children and Adolescents – Theory and Clinical Interventions.(2nd Ed.) (pp. 89-134). London: Routledge.

Potgieter-Marks, R. (2016) Pre-Birth Trauma – The Missing Link in Full Recovery? ESTD Newsletter, 5(4), pp16-23.

Potgieter-Marks, R. (2017). When Play Therapy is not Enough: Using EMDR in combination with Play Therapy with Complex Trauma in Children. In: Hendry, A & Hasler, J. Creative Therapies for Complex Trauma: Helping Children and Families in Foster care, Kinship care or Adoption.(pp.164-180) London: Jessica Kingsley Publishers.

Putnam, F.W. (1997). Dissociation in children and adolescents. New York: Guilford Press.

Putnam, F.W., Helmers, K., &Trickett, P.K. (1993). Development, reliability and validity of a child dissociation scale. Child Abuse & Neglect, 17, 731-742.

Putnam, F.W., & Peterson, G. (1994). Further validation of the Child Dissociation Checklist.Dissociation, 7, 204-211.

Reinders, A., Nijenhuis, E., Paans, A., Korf, J., Willemsen, A. & den Boer, J. (2003). One brain, two selves. NeuroImage. 20(4), 2119–2125.

Reinders, A., Nijenhuis, E., Quak, et al. (2006). Psychobiological characteristics of dissociative identity disorder: A symptom provocation study. Biological Psychiatry, 60(7), 730-740.

Reinders, S., Willemsen, A., Vos, et al. (2012). Fact or Factitious? A Psychobiological Study of Authentic and Simulated Dissociative Identity States.PLoS ONE. 7(6): e39279.

Wszelkie prawa zastrzeżone. Copyright do tłumaczenia polskiego by Pietkiewicz & Tomalski, 2020
www.e-psyche.eu

Saigh, P.A., Yasik, A.E., Oberfield, R.A., Green, B.L., Halmandaris, P.V., Rubenstein,H., Nester, J., Resko, J., Hetz, B., &McHugh, M. (2000). The Children's PTSD Inventory: Development and reliability. Journal of Traumatic Stress, 13, 369-380.

Sar, V., Önder, C., Kilincaslan, A., Zoroglu, S. S., & Alyanak, B. (2014). Dissociative identity disorder among adolescents: Prevalence in a university psychiatric outpatient unit. Journal of Trauma & Dissociation, 15(4), 402-419.

Schlumpf, Y. R., Nijenhuis, E. R., Chalavi, S., Weder, E. V., Zimmermann, E., Luechinger, R., ... &Jäncke, L. (2013). Dissociative part-dependent biopsychosocial reactions to backward masked angry and neutral faces: An fMRI study of dissociative identity disorder. Neuroimage: Clinical, 3, 54-64.

Schore, A. N. (2009). Relational trauma and the developing right brain. Annals of the New York Academy of Sciences, 1159(1), 189-203.

Seligman, M.E.P., Steen, T.A., Park, N & Peterson.C (2005). Positive Psychology Progress: Empirical validation of interventions. American Psychologist, 60, 410-421.

Silberg, J. (1998). Dissociative symptomatology in children and adolescents as displayed on psychological testing. Journal of personality assessment, 71(3), 421-439.

Silberg, J.& Dallam,S. (2009). Dissociation in Children & Adolescents. In: P. Dell & J. O´Neil (Eds), Dissociation and Dissociative Disorders: DSM-V and beyond. (pp. 67 - 81). New York: Routledge.

Silberg, J. (2013). The Child Survivor: Healing Developmental Trauma and Dissociation. New York: Routledge Smith, S.R., & Carlson, E.B. (1996). Reliability and validity of the Adolescent Dissociative Experiences Scale. Dissociation, 9, 125-129.

Steinberg, M. (1994). The Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders-Revised (SCID-D), second edition. Washington, D.C., American Psychiatric Press.

Wszelkie prawa zastrzeżone. Copyright do tłumaczenia polskiego by Pietkiewicz & Tomalski, 2020
www.e-psyche.eu

Stien, PT & Kendall, J. (2004). Psychological Trauma and the Developing Brain. London: The Hayworth Maltreatment and Trauma Press.

Stierum, A.J. (2016) Medication as an Intervention in the Treatment of Dissociative Disorders and Complex Trauma with Children and Adolescents. In: Waters (2016), Healing the Fractured Child: Diagnoses and Treatment of Youth with Dissociation (pp 249-282). New York: Springer Publishing Company.

Stolbach, B. C. (1997). The Children's Dissociative Experiences Scale and Posttraumatic Symptom Inventory: rationale, development, and validation of a self-report measure (Doctoral dissertation, University of Colorado).

Stolbach, B. (2005). Psychotherapy of a Dissociative 8-Year-Old Boy Burned at Age 3. Psychiatric Annals 35:8, 685–694.

Struik, A. (2014). Treating Chronically Traumatized Children. Don’t let sleeping dogs lie! London: Routledge.

Turnell, A. & Edwards, S. (1999). Signs of Safety: a solution and safety oriented approach to child protection casework. New York: Norton.

Turnell, A. & Essex, S. (2006). Working with denied child abuse: the resolutions approach. Berkshire: Open University Press.

Van der Hart, O, Nijenhuis, ERS & Steele, K. (2006). The Haunted Self – Structural Dissociation and the treatment of chronic traumatisation. New York: Norton & Company.

Kolk, B. A. V. D. (2005). Developmental Trauma Disorder-A more specific diagnosis than posttraumatic stress disorder should be considered for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, *35*(5), 401-409.

Van Dijke, A., Van der Hart., Ford, J., O, Van Son, M.J.M., Van der Heijden, P.G.M. &Bühring, M. (2010). Affect dysregulation and dissociation in borderline personality disorder and somatoform disorder: Differentiating inhibitory and excitatory experiencing states. Journal of Trauma and Dissociation, 11, 424-443.

Wszelkie prawa zastrzeżone. Copyright do tłumaczenia polskiego by Pietkiewicz & Tomalski, 2020
www.e-psyche.eu

Van Dijke, A., Ford, J. D., van der Hart, O., Van Son, M. J., Van der Heijden, P. G., & Bühring, M. (2011). Childhood traumatization by primary caretaker and affect dysregulation in patients with borderline personality disorder and somatoform disorder. European journal of psychotraumatology, 2(1), 5628.

Van Dijke, A., Ford, J.D., Frank, L., Van der Hart. O. (2015). Association of Childhood Complex Trauma and Dissociation with Complex PTSD Symptoms in Adulthood. Journal of Trauma and Dissociation, xx.DOI: 10.1080/15299732.2015.1016253.

Van Horn, P., & Lieberman, A. F. (2008). Using dyadic therapies to treat traumatized young children. Treating traumatized children: Risk, resilience and recovery, 210-219.

Vinkers, C. H., Kalafateli, A. L., Rutten, B. P., Kas, M. J., Kaminsky, Z., Turner, J. D., & Boks, M. P. (2015). Traumatic stress and human DNA methylation: a critical review. Epigenomics, 7(4), 593-608. doi: 10.2217/epi.15.11.

Waters, F.S., (1998) Promoting Integration in Dissociative Children. In: Silberg (Ed.), The Dissociative Child: Diagnosis, Treatment and Management (pp. 167-190). Baltimore: Sidran Press.

Waters, F.S. (2005). Recognizing Dissociation on Pre-School Children. ISSTD News, 23, 4, July/August.

Waters, F.S. (2015). Ryan (8 -10 Years Old) – Connecting with the Body. Treatment of Somatoform Dissociation (Encoprecis and Multiple Physical Complaints) in a Young Boy. In S. Wieland (Ed.), Dissociation in Traumatized Children and Adolescents – Theory and Clinical Interventions (2nd Ed.) (pp. 135-190). London: Routledge.

Waters, F.S. (2016) Healing the Fractured Child: Diagnoses and Treatment of Youth with Dissociation. New York: Springer Publishing Company.

Walker, AG, (1999). Handbook on Questioning Children. Washington DC: ABA Center on Children and the Law.

Wszelkie prawa zastrzeżone. Copyright do tłumaczenia polskiego by Pietkiewicz & Tomalski, 2020
www.e-psyche.eu

Watkins, H.H. (1978). Ego state therapy. In: J. G. Watkins (Ed.), The therapeutic self. New York: Human Sciences.

Watkins, JG & Watkins, H.H. (1993). Ego-state therapy in the treatment of dissociative disorders. In R. Kluft & G. Fine (Eds.), Clinical Perspectives on multiple Personality Disorder (pp. 277-300). Washington,DC: American Psychiatric Press.

Watkins, J.G. & Watkins, H.H. (1997). Ego states: Theory and Therapy. New York: W. W. Norton & Company.

Wieland, S. (2015). Dissociation in Children and Adolescents Theory and Clinical Interventions (2nd Ed.). London: Routledge.

Wieland, S. (2017). Parents are our other Client – ideas for Therapists, Social Workers Support Workers, and Teachers. New York/London: Routledge.

Yehuda, N. (2016). Communicating Trauma: Clinical Presentations and Interventions with Traumatized Children. New York: Routledge

Zovkic, I. B., & Sweatt, J. D. (2013). Epigenetic mechanisms in learned fear: implications for PTSD. Neuropsychopharmacology, 38(1), 77-93.

Zalecenia kliniczne i wytyczne dotyczące praktyki

AACAP (2005). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder of infancy and early childhood. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 44, 1206-1219.

AACAP (2010). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 49, 414-430.

International Society for the Study of Trauma and Dissociation (ISSTD) (2003).Task Force on Children and Adolescents. Guidelines for the Evaluation and Treatment of Dissociative Symptoms in Children and Adolescents.

Wszelkie prawa zastrzeżone. Copyright do tłumaczenia polskiego by Pietkiewicz & Tomalski, 2020
www.e-psyche.eu

Drawing on the Evidence (Wolpert et al., 2000). PTSS, advice for mental health professionals working with children and adolescents.

NICE guideline (2005). Post-traumatic stress disorder (PTSD): The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. National Institute for Clinical Excellence in London Wolpert et al. (2006).

Strand, V., Sarmiento, T., Pasquale, L. (2005). Assessment and Screening Tools for Trauma in Children and Adolescents: a Review. Trauma Violence Abuse, Vol 6, 55-78

Zeanah, C., Chesher, T. & Boris N. (2016). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Reactive Attachment Disorder and Disinhibited Social Engagement Disorder. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 55 (11), 990–1003

Wszelkie prawa zastrzeżone. Copyright do tłumaczenia polskiego by Pietkiewicz & Tomalski, 2020
www.e-psyche.eu