

Elżbieta Sideris

Wsparcie psychiczne dziecka poszkodowanego w wypadku – wskazówki praktyczne

XXI wiek i związany z nim szybki rozwój cywilizacji niesie za sobą wiele zagrożeń. Wszechobecny stres powoduje, że odczuwamy osamotnienie i pustkę. Nie nadążając za zmianą oraz szybkim tempem życia, stajemy się rozgoryczeni i niepewni dnia codziennego. Rozluźniają się więzy rodzinne, coraz trudniej szukać w rodzinie wsparcia i pomocy. Najślabi są wykluczani ze społeczności. Czujemy się wyobcowani, gorsi, słabsi.

O zdarzeniu traumatycznym mówimy wówczas, gdy mamy do czynienia z bezpośrednim zagrożeniem utraty życia lub zdrowia albo z byciem świadkiem takiej sytuacji. Według Bohdana Dudka możemy podzielić je na trzy zasadnicze grupy:

1. Sytuacje katastrof mających charakter naturalny (wyładowania atmosferyczne, wstrząsy sejsmiczne, silne wiatry, intensywne opady atmosferyczne, długotrwałe występowanie ekstremalnych temperatur, osuwiska ziemi, pożary, susze, powodzie, choroby zakaźne).
2. Sytuacje katastrof spowodowanych przez człowieka (wypadki lotnicze, kolejowe, drogowe, pożary, awarie techniczne, wypadki i katastrofy budowlane).
3. Sytuacje związane z przemocą. W tej kategorii można wydzielić trzy rodzaje sytuacji:
 - przemoc kryminalną, która może zachodzić w rodzinie i poza nią (przemoc fizyczna, nadużycia seksualne, gwałty, napady, rozboje),
 - przemoc polityczna, związaną z próbami unieszkodliwienia lub zastraszenia przeciwnika (terroryzm, uprowadzenia, zabójstwa),
 - przemoc strukturalnie zorganizowaną, która przyjmuje formę wojny i torturowania więźniów.

Powódź stulecia, która nawiedziła nasz kraj w 1997 roku, pochłonęła 48 ofiar śmiertelnych.

W jej wyniku ucierpiało około 150 tys. mieszkańców południowej Polski, z czego około 20 tys. wymagało i nadal wymaga pomocy psychologicznej i psychiatrycznej¹. Szacuje się, że w latach 1967-1991 mld ludzi na świecie doświadczyło skutków kataklizmu, w tym samym czasie doszło do prawie 8 tys. katastrof, w których zginęło 7 mln ludzi. Według najnowszych danych – jeżeli ograniczyć kataklizmy do trzęsień ziemi, powodzi, huraganów, pożarów i katastrof technologicznych – przeciętnie co roku ma miejsce 197 katastrof w Azji, 111 w Ameryce, 77 w Europie, 61 w Afryce. Szczególnym rodzajem kataklizmu stał się terroryzm, który jest aktem przemocy skierowanym ku przypadkowym ofiarom, a którego źródła należy szukać w konfliktach na tle etnicznym, religijnym czy politycznym. Drastycznym przykładem terroryzmu jest tragedia nowojorska z 11 września 2001 roku, której ofiarą padło ponad 3 tys. osób. Obok śmierci i zniszczeń terroryzm powoduje także utratę poczucia bezpieczeństwa jednostek i całych społeczności.

Zespół stresu pourazowego (Post-Traumatic Stress Disorder) – przyczyny, objawy i skutki

Powyższe tragedie, bez względu na to, czy mają charakter indywidualny czy masowy, mogą skutkować wystąpieniem u osób ich doświadczających ostrej reakcji na stres. Można zaobserwować, że osoby dotknięte tym zaburzeniem są oszołomione, odczuwają złość, rozpacz, lęk, bezradność. Są pobudzone, mogą zachowywać się impulsywnie lub ryzykownie albo zastygają w bezruchu. Mają poczucie braku kontaktu z otoczeniem, postrzegają świat jako nierealny, jak ze snu. U dzieci obserwujemy dezorganizację zachowania. Zgodnie z klasyfikacją ICD-10 ostra reakcja na stres ma charakter

¹ Heitzman J. PTSD jako następstwo klęski żywiołowej, Psychiatria Polska nr XXXII(1)/1998, s. 5-14.

przemijający. Jeśli po 48 godzinach od zdarzenia objawy nie ustępują, wówczas pozwala to na zmianę rozpoznania na zespół stresu pourazowego (PTSD).

U dzieci diagnoza w ostrej fazie urazu wymaga szczególnej uwagi:

- należy poważnie wsłuchiwać się w relacje dzieci, gdyż dorośli często nie przywiązują należytej wagi do dziecięcych reakcji na uraz,
- dzieci, które nie wykazują zaburzeń bezpośrednio po urazie, mogą mieć problemy w późniejszym czasie,
- młodsze dzieci mają większe zdolności do fantazji i dysocjacji i stosowanie przez nie takich strategii poznawczych w walce ze stresem może nie być równoważne psychologicznie ze stosowaniem ich przez dorosłych,
- dziecięce reakcje na zdarzenie traumatyczne pozostają w różnym stopniu pod wpływem czynników rodzinnych,
- strategie interwencji w przypadku dzieci zależą w znacznym stopniu od etapu ich rozwoju.

Zdarzenia traumatyczne nie należą do rzadkich zjawisk. Badania wykonane na reprezentatywnej próbie społeczeństwa amerykańskiego wykazały, że 61% mężczyzn i 51% kobiet było, w ciągu swojego życia, narażonych na zdarzenie traumatyczne. Są grupy zawodowe, w których wskaźnik częstości narażenia na stres może być wyższy².

Zespół stresu pourazowego coraz częściej nabiera charakteru zjawiska masowego, dotyczącego dzieci na całym świecie. Z badań amerykańskich wynika, że 15%-43% dziewcząt oraz 14%-43% chłopców doświadczyło w przeciągu życia przynajmniej jednego wydarzenia traumatycznego. W grupie tych dzieci u 3%-15% dziewcząt oraz 6-15% chłopców postawiono diagnozę PTSD. Wczesnodziecięca trauma może uwrażliwiać jednostkę na doświadczanie nowych zdarzeń traumatycznych i czynić ją bardziej podatną na rozwinięcie się symptomów PTSD.

Objawy zespołu stresu pourazowego możemy opisać w trzech kategoriach:

- przeżywania urazu na nowo: w natrętnych wspomnieniach, koszmarach sennych, poczuciu powtarzania się zdarzenia, dystresie,
- trwałego unikania bodźców związanych z urazem: unikania myśli, uczuć, rozmów, działań związanych z traumą, trudności w przypomnie-

niu sobie ważnego aspektu zdarzenia, poczucia wyłączenia lub wyobcowania, poczucia zamkniętej przyszłości,

- trwałego nadmiernego pobudzenia: wzmożona czujność i odruch orientacyjny, trudności z zasypianiem, przesypianie, bezsenność, trudności z koncentracją uwagi, rozdrażnienie, wybuchy gniewu i zachowania agresywne.

Innymi obserwowanymi objawami mogą być: ogólny niepokój, depresja z myślami samobójczymi, poczucie winy, nadużywanie alkoholu lub leków, objawy somatyczne, jak bóle głowy, bóle kręgosłupa, zaburzenia żołądkowo-jelitowe; pojawiają się trudności w kontaktach międzyludzkich.

To, jaki rodzaj wsparcia zaoferujemy, zależy od wielu elementów: sytuacji, potrzeb poszkodowanych oraz naszych możliwości. Pierwotną sieć wsparcia tworzą członkowie rodziny poszkodowanego, bliscy i przyjaciele, a także sąsiedzi i współpracownicy. Lokalna społeczność, inne organizacje i instytucje, w tym pracodawcy, to sieć wtórna. Pamiętajmy, że już sama świadomość poszkodowanego o istnieniu takich sieci jest wsparciem, uspokaja i daje nadzieję na to, że nie zostanie sam z problemem. Wspierające środowisko pomaga w szybszym uporaniu się z konsekwencjami traumatycznego zdarzenia. Ważnym elementem takiej pomocy jest wsparcie psychiczne wyrażające troskę i zainteresowanie, stworzenie atmosfery zaufania i ciepła, wyrażanie emocji uspokajających i podtrzymujących, czego konsekwencją jest wzbudzenie nadziei. Jeśli istnieje taka konieczność, poinformujemy poszkodowanego o tym, co się wydarzyło oraz wyrażymy swoje uznanie i podziw dla podejmowanych przez niego wysiłków radzenia sobie. Ważne jest jak najszybsze włączenie poszkodowanego do lokalnej grupy wsparcia oraz obecność w takiej grupie psychologów, profesjonalnie przygotowanych do pracy z traumą³.

Ludzie reagują podobnymi emocjami i zachowaniami na pośrednie i bezpośrednie skutki zdarzenia traumatycznego. Potrzeby i reakcje dzieci wymagają jednak szczególnej uwagi.

Typowe przykłady reakcji dzieci to:

- lęk przed tym, że kryzys obejmie również ich rodzinę, sąsiadów, najbliższe otoczenie,
- utrata zainteresowania szkołą,
- zachowania regresywne,
- zakłócenia snu i koszmary nocne,

² Strelau J. *Osobowość a ekstremalny stres*, GWP, Gdańsk 2004.

³ Badura-Madej W. *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej. Poradnik dla pracowników socjalnych*, Wydawnictwo „Śląsk”, Katowice 1999.

- lęk przed tym, co może się kojarzyć z traumatycznym zdarzeniem, np. głośny hałas, widok ognia.

Dzieci z różnych grup wiekowych reagują w określony sposób na stres wywołany traumatycznym zdarzeniem oraz na jego konsekwencje.

Dzieci do 5. roku życia są szczególnie podatne na wszelkie zakłócenia w ich dotąd bezpiecznym świecie. Ponieważ nie mają jeszcze odpowiednich umiejętności werbalnych oraz konceptualnych, aby samodzielnie poradzić sobie z nagłym stresem, szukają pomocy u członków rodziny. Dzieci te znajdują się często pod silnym wpływem reakcji swych rodziców lub innych członków rodziny. W tej grupie wiekowej największy lęk budzi porzucenie. Zadanie dorosłych w tej sytuacji polega na odbudowaniu poczucia bezpieczeństwa, kontroli i więzi. W przypadku udzielania pierwszej pomocy do czasu przyjazdu karetki ratownictwa medycznego udzielamy dziecku wsparcia emocjonalnego i fizycznego. Warto posłużyć się w kontakcie z dzieckiem uszkodzonym pluszowymi maskotkami.

Dzieciom w grupie wiekowej 6-11 lat szczególnie trudno jest poradzić sobie z lękiem przed stratą. W czasie udzielania pierwszej pomocy należy pamiętać, że dziecko, będące w stanie szoku, może w istotny sposób utrudniać udzielanie mu pomocy, np. za wszelką cenę będzie chciało sprawdzić, co stało się z innymi uczestnikami wypadku, będzie protestować przed unieruchomieniem, zwłaszcza w sytuacji, gdy traci kontakt fizyczny lub wzrokowy z opiekunem albo obiektem zastępczym w postaci maskotki. W takich sytuacjach należy utrzymywać nieustający kontakt werbalny z dzieckiem, spokojnym głosem mówić mu, co i dlaczego należy zrobić, a jeśli jest taka możliwość, informować o perspektywie spotkania z rodzicami.

Praktyczne rady dla udzielających pomocy dzieciom

1. Zachowaj spokój – nerwowość potęguje zamieszanie i wzmacnia niepokój u dziecka.
2. Poinformuj rodziców.
3. Rozmawiaj z dzieckiem. Mów spokojnie, ciepłym głosem.
4. Używaj słów, które dziecko rozumie; upewnij się, że jesteś rozumiany.
5. Wyjaśnij dziecku, że jesteś tu po to, żeby mu pomóc.
6. Mów dokładnie, co będziesz robił, starannie opisz wykonywane czynności – zaskoczenie wzmacnia lęk, może wywołać płacz, strach, opór, zburzyć zaufanie.
7. Zadbaj o jak najmniejszą liczbę osób obcych wokół uszkodzonego dziecka.
8. Zadbaj o to, by twoja twarz i twarz dziecka były na jednym poziomie. To ułatwi nawiązanie bezpośredniego kontaktu i zdobycie zaufania.
9. Jeśli musisz opuścić dziecko, poinformuj je o tym, poproś, by ktoś przy nim pozostał (najlepiej osoba znana dziecku).
10. Gdy dziecko jest nieprzytomne, powinno się również zadbać o to, by nie zostało samo.
11. Zdobądź zaufanie dziecka.

Dla dzieci w wieku 11-14 lat, czyli w okresie przed dorastaniem, szczególnie ważne są reakcje ich rówieśników. Muszą one czuć, że ich lęk jest zrozumiały oraz że inni też go doświadczają. Specyficzna reakcja dzieci na uraz w tej grupie to lęk przed brakiem zrozumienia i akceptacji u rówieśników. W czasie udzielania pierwszej pomocy należy pamiętać, że nastolatkom potrzebna jest dokładna informacja dotycząca ich bezpieczeństwa oraz tego, co się wydarzyło i co się z nimi dalej stanie. Dorośli mają tendencję do unikania przekazywania dzieciom wiadomości, dopóki nie są pewni, że wiedzą wszystko, mają poczucie, że niepełne informacje wpłyną bardziej dezorganizująco na dziecko. Najczęściej bywa jednak inaczej. Dla dzieci, a szczególnie nastolatków, oczekiwanie w napięciu na wiadomości jest dotkliwym cierpieniem i może nasilać poczucie bezradności. Nie tłumacz wszystkich szczegółów. Wbrew pozorom nastolatek nie chce i nie powinien wiedzieć tego, co może spowodować większy stres. Warto pozwolić mu, jeśli to tylko możliwe, podejmować decyzje i raczej zapraszać niż zmuszać czy nakazywać. Pamiętajmy, że nastolatki są bardzo chwiejne emocjonalnie. Na dodatek ich reakcje mogą się szybko i niespodziewanie zmieniać. Jeśli dziecko przejawia bardzo silne reakcje emocjonalne, powiedz, że robisz wszystko, co w twojej mocy, aby mu pomóc i zapewnić bezpieczeństwo. W przypadku dzieci nastoletnich warto uprzedzić, zapytać, czy możesz dotknąć. Wiele dzieci w tym przedziale wiekowym nie chce lub obawia się bliskiego kontaktu fizycznego z obcą osobą. Należy się na to zdecydować jedynie wtedy, gdy dziecko wyraża taką potrzebę. Poza tym kontakt fizyczny może prowokować u dzieci zachowania regresywne i sprawić, że poczują się jeszcze bardziej bezradne. Wskazana jest taka forma kontaktu fizycznego, która wzmacnia poczucie siły, np. uścisk i adekwatny werbalny lub niewerbalny komunikat, lekkie poklepanie, trzymanie ręki na czole lub ramieniu itp.

Dzieci w wieku 15-18 lat. Specyficzną reakcją na uraz dzieci w tej grupie jest lęk przed izolacją od

rówieśników. Szczególnym stresem jest więc jest dla nich zakłócenie wspólnych zajęć oraz uniemożliwienie im udziału w życiu społecznym na takich samych prawach jak dorośli. Podczas udzielania pierwszej pomocy należy pamiętać, że młodemu człowiekowi potrzebna jest dokładna informacja dotycząca jego bezpieczeństwa oraz tego, co się wydarzyło i co się dalej z nim stanie. Nastolatki potrzebują czuć, że traktuje się ich z godnością, szacunkiem i poważnie. Czują się osobami dorosłymi i szczególnie łatwo je zranić brakiem uwagi. Oczekiwanie w napięciu na wiadomości jest dotkliwym cierpieniem i może nasilać poczucie bezradności. Pozwólmy im, jeśli to tylko możliwe, podejmować decyzje i raczej zapraszamy niż zmuszamy czy nakazujemy. Warto poinformować nastolatka, że zawiadomiono rodziców oraz kiedy i gdzie się z nimi spotka. W sytuacji zdarzeń traumatycznych młodzi ludzie zyskują poczucie pewności i siły, gdy są świadomi, że nad sytuacją panuje odpowiedzialna, zdecydowana i kompetentna osoba dorosła, której zachowanie jest konsekwentne i spokojne. Należy pamiętać, że młody człowiek pod wpływem szoku może nie rozumieć tego, co słyszy, lub może nielogicznie rozumować. Młodzież, podobnie jak dzieci w wieku przed dorastaniem, jest bardzo chwiejna emocjonalnie. Jej reakcje również mogą się szybko i niespodziewanie zmieniać. Utrzymujmy kontakt fizyczny, po uprzednim nawiązaniu kontaktu werbalnego i dobrego porozumienia. Młodzież jest bardzo wrażliwa na przekraczanie granic ich cielesności. Może reagować regresją bądź złością. Wskazana jest taka forma kontaktu fizycznego, która wzmacnia poczucie siły, np. uścisk i adekwatny werbalny lub niewerbalny komunikat. Różne mogą być konsekwencje pogrążania się młodzieży w stresie. Najczęściej przyjmują one dość drastyczną formę, a więc: ucieczka w nałogi (alkohol, narkotyki), depresje i wpadanie w złe towarzystwo, ucieczki z domu itp.

Jak pomóc osobie dorosłej, która była uczestnikiem zdarzenia traumatycznego?

Jeśli sytuacja dotyczy współpracownika, bezpośrednio po zdarzeniu ważną rolę odgrywa postawa kolegów i przełożonych. Ważne stają się słowa wsparcia, np. *jesteśmy z tobą, możesz na nas liczyć, przejdziemy przez to razem* oraz gest, np. uścisk dłoni czy dotknięcie ramienia. Jeśli istnieje taka konieczność, należy zadbać o opiekę medyczną i poinformować najbliższych. Pamiętajmy, aby nie zostawiać osoby poszkodowanej bez opieki. Stwórzmy warunki do wyrażenia emocji, zwłaszcza tych tłumionych,

związanych np. z poczuciem winy. Nie dopytujmy, by nie przekraczać bariery prywatności, a raczej stwórzmy bezpieczną przestrzeń, w której osoba poszkodowana będzie chciała mówić. Okazujmy empatię, zrozumienie i akceptację. Pamiętajmy, że nasza postawa wobec poszkodowanego może zmniejszyć lub pogłębić zaburzenie.

Co możesz zrobić, jeśli byłeś uczestnikiem zdarzenia traumatycznego?

Pamiętaj, że potrzebujesz czasu, aby się z tym uporać. Wiedz, że tragiczne wspomnienia i trudne emocje szybko nie znikną i mogą powracać falami. Nie unikaj myśli, uczuć, rozmów związanych z traumą. Wspomnienia tego, co się stało, mogą pojawiać się nagle w postaci obrazów, dźwięków, zapachów, niezależnie od tego, jak bardzo starasz się o nich zapomnieć. Poprawa samopoczucia wiąże się z ujawnianiem własnych uczuć i problemów związanych z sytuacją, jaką przeżyłeś. Mówienie o tym, co przeżyłeś, pomimo że jest trudne, może być pomocne, więc spróbuj porozmawiać z kimś zaufanym. Pamiętaj, że w tym trudnym okresie możesz być podatny na nadużywanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, ale to nie rozwiąże problemu. W tym czasie ważna jest szczególna dbałość o zdrowie.

Aby skutecznie udzielać wsparcia poszkodowanym – dzieciom czy dorosłym – wskazana jest wiedza m.in. na temat reakcji stresowych w sytuacji narażenia na zdarzenia traumatyczne, specyfiki tych zdarzeń i podejmowanych interwencji oraz ćwiczenie umiejętności nawiązywania empatycznego kontaktu i radzenia sobie ze stresem. Powyższe ogólne wskazówki dotyczą w szczególności pierwszego kontaktu i zachowań osób dorosłych pomagających poszkodowanym dzieciom.

Bibliografia

1. Badura-Madej W. *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej. Poradnik dla pracowników socjalnych*, Wydawnictwo „Śląsk”, Katowice 1999.
2. Dudek B. *Zaburzenie po stresie traumatycznym*, GWP, Gdańsk 2003.
3. Heitzman J. *PTSD jako następstwo klęski żywiołowej*, Psychiatria Polska nr XXXII(1)/1998.
4. Stein B. *Spoleczność w obliczu katastrofy*, Nowiny Psychologiczne nr 3/1996.
5. Strelau J. *Osobowość a ekstremalny stres*, GWP, Gdańsk 2004.

Autorka jest psychologiem i psychoterapeutą, dyrektorem Instytutu Ratownictwa Psychologicznego