

Agnieszka Widera – Wysoczańska
Instytut Psychologii Uniwersytetu Wrocławskiego
Instytut Psychoterapii we Wrocławiu
instytut@psychoterapia.wroclaw.pl

PSYCHOTERAPIA INTEGRACYJNA OSÓB PO URAZIE CHRONICZNYM DOZNANYM W DZIECIŃSTWIE

Streszczenie

W artykule omówione zostanie integracyjne podejście do psychoterapii osób po urazie chronicznym, doznany w dzieciństwie. Przedstawiona zostanie definicja, złożonej chronicznej traumy, stosowana w tym podejściu terapeutycznym. Ponadto przedstawione będą założenia, cele i etapy terapii, oparte na założeniach feminizmu, koncepcji stresu postraumatycznego, rozwoju „ja”, koncepcji straty i przywiązania. Szczególny nacisk położono na konieczność dostosowania metod i technik terapeutycznych do założeń koncepcji, etapów terapii, problemów pacjenta oraz sposobu jego funkcjonowania. Całość zamknie krótka prezentacja faz holistycznego podejścia do terapii, opracowanego przez Instytut Psychoterapii oraz Centrum Psychologiczne Terapii Osób z Rodzin Dysfunkcyjnych EGO. Składają się na nie etapy terapii osoby dorosłej, która doświadczyła traumy w dzieciństwie, praca z matką (opiekunką), która doświadczyła chronicznego urazu w dzieciństwie, z molestowaniem seksualnym włącznie oraz z dziećmi tych matek (opiekunek). Celem terapii jest budowanie związku pomiędzy matką (opiekunką), a dzieckiem.

Słowa kluczowe: *złożony uraz chroniczny, psychoterapia integracyjna*

THE PSYCHOTHERAPY OF SURVIVORS OF CHRONIC TRAUMA

Abstract

An integrational approach to the psychotherapy of persons who experienced complex chronic childhood trauma is discussed. How complex chronic trauma is understood as the subject of this therapy is presented. The next still will be a general presentation of the assumptions, goals, and stages of the therapy which result from the theories on which the therapy is based (feminism, posttraumatic stress, development of the self, the theory of loss, and the theory of attachment). The necessity of applying the used methods (and techniques) to the assumptions, the stage of therapy, and the person's problems and manner of functioning is emphasized. This discussion will be closed by a short presentation of the phases of the holistic approach to the therapy developed by the Institute of Psychotherapy and Psychological Center for the Therapy of Persons from Dysfunctional Families EGO, which consist of the stages in the therapy of adult persons who experienced childhood abuse, the procedure with mothers (caregivers) who experienced chronic childhood abuse, including sexual abuse, as well as those with the children of these mothers (caregivers) and for building mother (caregiver)-child relationships.

Key words: *complex chronic trauma, integrative psychotherapy*

Agnieszka Widera-Wysoczańska

PSYCHOTERAPIA INTEGRACYJNA OSÓB PO URAZIE CHRONICZNYM DOZNANYM W DZIECIŃSTWIE

URAZ CHRONICZNY. CHARAKTERYSTYKA POJĘCIA

Urazu dokonywanego przez osobę obcą dziecko zazwyczaj doznaje jeden lub kilka razy w życiu. Natomiast, gdy dziecko doznaje przemocy w rodzinie zdecydowanie częściej przyjmuje ona charakter urazu chronicznego. Oznacza to, że *zdarzenia traumatyczne* na przykład awantury, milczenie (tj. przemoc emocjonalna);



bicie (tj. przemoc fizyczna); przekraczanie granic intymnych, współżycie z własnym dzieckiem (tj. przemoc seksualna); czy alkoholizm rodzica i wynikający z nich stres urazowy, powtarzają się wielokrotnie w jednym okresie i przez wiele lat życia osoby. W rodzinach tych przemoc jest „codziennym”, powszednim doświadczeniem dziecka, które dorasta w atmosferze terroru.

Typy zdarzeń traumatycznych w rodzinach dysfunkcyjnych i patologicznych:

- przemoc i zaniedbanie emocjonalne
- przemoc i zaniedbanie fizyczne
- przemoc seksualna z intymnym dotykiem fizycznym, seksualna bez dotyku, emocjonalna przemoc seksualna
- nadopiekuńczość, która jest zarazem przemocą emocjonalną, jak i seksualną
- uzależnienia rodzica od alkoholu, leków, narkotyków
- zaburzone więzi z rodzicem
- separacja czy rozwód emocjonalny i/lub fizyczny opiekunów
- porzucenie
- patologiczne przeżywanie przez rodzica żalu po stracie bliskiej osoby
- niewłaściwe reakcje opiekunów na chroniczne choroby dziecka lub innego członka rodziny

Złożone urazy chroniczne cechuje:

- codzienność doświadczania zdarzeń traumatycznych, to znaczy różnych typów przemocy,
- złożoność: w tym samym okresie życia osoba doświadcza różnych typów przemocy i zaniedbania, np. emocjonalnej, fizycznej, seksualnej, alkoholowej, nadopiekuńczości,
- interpersonalność: zdarzenia traumatyczne są wynikiem działań osób bliskich i ważnych dla osoby krzywdzonej, przemoc dokonywana jest przez nie celowo i intencjonalnie,
- przewidywalność: osoba wie, że ponownie zostanie skrzywdzona, nie wie tylko dokładnie kiedy, żyje więc w atmosferze ciągłej niepewności i strachu,

- narastanie: gdy w rodzinie występuje jeden typ zdarzeń traumatycznych, np. jest to przemoc emocjonalna, z dużym prawdopodobieństwem dojdzie do jej nasilenia, a także do wystąpienia innych jeszcze drastyczniejszych typów przemocy, np. fizycznej czy seksualnej.
- bezpośredniość i pośredniość: dziecko samo jest krzywdzone oraz obserwuje jak krzywdzone są bliskie mu osoby,
- refleksyjność: im mniejsza refleksyjność u osób odpowiedzialnych za dziecko, tym mniejsza szansa na poprawę sytuacji w rodzinie dysfunkcyjnej i patologicznej i na zatrzymanie przemocy

Traumę tę opisuję w dwóch wymiarach: a) horyzontalnym: kumulowane są powyższe zdarzenia w jednym okresie życia osoby i b) wertykalnym: osoba doświadcza zdarzeń traumatycznych i ponosi ich konsekwencje przez wiele lat swojego życia (life-span), stopniowo kumulowane jest zarówno doświadczenie urazów, jak i ponoszone konsekwencje (Erikson, 1980, Widera-Wysoczańska, 2006).

FILOZOFIA I ZAŁOŻENIA TERAPII INTEGRACYJNEJ OSÓB PO URAZIE DOZNANYM W DZIECIŃSTWIE

Podstawowym założeniem prezentowanej metody jest uznanie przemocy za fakt – rzeczywiste doświadczenie krzywdzonej osoby, a nie za fantazję czy projekcję. Podstawowym celem oddziaływań terapeutycznych jest nadanie doznanej traumie odmiennego znaczenia i zintegrowanie jej. Teorie leżące u podstaw terapii integracyjnej wzajemnie się uzupełniają. Podstawy filozoficzne tej terapii opierają się na teoriach feministycznych, teoriach stresu pourazowego, teorii rozwoju ja, teorii żalu oraz teorii więzi.

Teorie **feministyczne** (Brownmiller, 1975; Brickman, 1984; Rush, 1977) uznały, że:

- przemoc istnieje, jest faktem, a nie fantazją dziecka lub kobiety,
- jest częstym zjawiskiem w rodzinie i środowisku,
- dzieci i kobiety wychowywane są do bycia bezsilnymi ofiarami,
- sprawca działa celowo, intencjonalnie, po to by budować swoje poczucie siły i dominacji,

- objawy występujące u osoby krzywdzonej są obroną przed urazem i są naturalną rozwojową reakcją na doznawany uraz.

Teorie **stresu pourazowego** (Figley, 1985; Terr, 1988; Finkelhor and Brown, 1985; Van der Kolk, 1987; Ferguson & Mullen, 1999):

- wyjaśniają pojęcie urazu ostrego i chronicznego, złożonego,
- dostarczają metod do rozpoznawania i diagnozy osoby, która doznała urazu oraz do diagnozy jej rodziny i środowiska,
- opisują objawy występujące u osoby skrzywdzonej w postaci:
 - a) traumatycznej reakcji na stres (pierwsza reakcja na uraz traktowana jako normalna ochrona);
 - b) po – traumatycznej reakcji na stres (sposoby radzenia sobie ze wspomnieniem urazowego zdarzenia);
 - c) po – traumatycznego zaburzenia stresowego (kliniczna manifestacja problemów będących konsekwencją traumatycznych zdarzeń),
- opisują zjawisko podwójnego związania w rodzinie dysfunkcyjnej (np. rodzic bijąc jednocześnie mówi „to dla twojego dobra”).

Teoria **rozwoju ja** (Steele, 1986; Krugman, 1986):

- opisuje powstawanie „ja fałszywego” jako konsekwencję doznawanej przemocy w rodzinie.

Teoria **straty** (Bard&Sangrey, 1986; Benedek, 1985; Butler):

- pokazuje, że osoba doznająca urazu doświadcza strat (np. dzieciństwa, niewinności, akceptacji własnego ciała, kochających rodziców, otrzymania ciepła, bliskości, miłości oraz zaufania, rozwoju potencjalnych możliwości, posiadania szczęśliwej rodziny, itp.).
- wskazuje, że aby zdrowieć, ważne jest uświadomienie sobie tych strat i przeżycie procesu żałoby
- mówi, że ważne jest uświadomienie sobie przez osobę krzywdzoną, że nie naprawi rodziny i jej członków oraz,

- że konieczne jest przerwanie (na stałe lub czasowo) kontaktów z dysfunkcyjną czy patologiczną rodziną przynajmniej do czasu zbudowania funkcjonalnego radzenia sobie z rzeczywistością.
- uznaje, że izolacja od rodziny daje poczucie siły do zdrowienia i możliwość budowania własnych ról i zasad.

Teoria **więzi** (Bowlby, 1988) i teoria **rozwoju tożsamości** (Erikson, 1980):

- pierwsza z nich opisuje bezpieczne i dysfunkcyjne modele więzi u opiekuna oraz wpływ danego modelu na tworzenie się wzorców relacji społecznych u dziecka (w jego dzieciństwie i dorosłości),
- ponadto dostarcza podstaw do analizy mechanizmu międzypokoleniowego przekazywania przemocy w rodzinie.
- Druga z nich pokazuje wpływ urazów na rozwój tożsamości i sposobów przechodzenia kryzysów życiowych oraz
- umieszcza doświadczanie urazów w „life – span”.

Podsumowanie założeń

1. Założenia stanowiące podstawę terapii integracyjnej dla osób, które w dzieciństwie i młodości doznały urazu chronicznego:
 - przemoc istnieje – jest prawdą, a nie fantazją dziecka czy kobiety
 - w rodzinie przemocy doświadczają dzieci, niezależnie od płci oraz mężczyźni i kobiety
 - dysfunkcyjność systemu rodzinnego jest wzmacniana przez środowisko i obowiązujące w nim mity i stereotypy (np. chłopców bije się dla ich dobra, gdyby nie był bity nie wyrósłby na porządnego człowieka, dziecko fantazjuje na temat przemocy seksualnej, lepiej taki ojciec niż żaden, rodzina musi istnieć za wszelką cenę, nie należy opowiadać co się dzieje we własnej rodzinie).
 - w sprzyjających okolicznościach (m.in. refleksyjność rodziców i ingerencja profesjonalnych osób) dysfunkcyjność rodziny jest odwracalna i rodzina może funkcjonować w sposób zdrowy

- reakcje (objawy) na złożony uraz chroniczny nie są patologią, lecz normalnym sposobem radzenia sobie z urazem
- zdarzenia urazowe mogą powodować konsekwencje natychmiastowe, odroczone, chroniczne
- objawy chroniczne mogą być dopiero wtedy traktowane jako patologia, gdy pojawia się np. PTSD (zaburzenie po stresie pourazowym proste lub złożone), DID (Dysocjacyjne Zaburzenie Tożsamości), BRP (Zaburzenie Osobowości typu borderline).
- szczególnie traumatyczne jest doznawanie przemocy od osoby bliskiej, od której dziecko oczekuje ochrony i bezpieczeństwa
- celem terapii nie jest rekonstrukcja rodziny, lecz bezpieczeństwo osoby krzywdzonej i odbudowanie jej „autentycznego ja”
- aby zdrowieć osoba musi mieć możliwość oddzielenia się od rodziny
- wybaczenie nie jest etapem terapii, lecz może (ale nie musi) być jego ostatecznym efektem. Kończy ono proces zdrowienia, jeżeli jest poprzedzone „opamiętaniem” traumatycznych zdarzeń, urealnieniem doznawanych urazów, wyrażeniem uczuć wobec sprawców, w tym żalu i złości wobec nich, przeżyciem żalu po stracie, konfrontacją ze sprawcą, jasnością jakie zadośćuczynienie chce się uzyskać od niego (choć często nie ma się żadnych szans na jego uzyskanie), aż w końcu odczuwaniem ulgi i pojednaniem ze sobą samym.

2. Założenia dotyczące metody:

- indywidualizowanie terapii – etapy terapii dopasowywane są indywidualnie do każdej osoby
- sięganie do trzech perspektyw czasowych – zajmujemy się urazową przeszłością osoby skrzywdzonej, jej wpływem na aktualne życie oraz stawianiem celów i tworzeniem planów w przyszłości
- przeszłością zajmujemy się po to, by przepracowując uczucia i nadając jej odmienne znaczenie zmienić jej wpływ na aktualne życie i przyszłość osoby

- podkreśla się konieczność dopasowania preferowanej metody psychoterapeutycznej do założeń terapii stosowanej wobec osób, które doznały urazu chronicznego
- terapeuci muszą mieć wiedzę o problemie - urazie chronicznym i jego konsekwencjach, występujących przez całe życie osoby oraz o metodach dostosowanych do wieku i cech osoby oraz wynikających z nich celów i etapów terapii. Wiedza musi obejmować funkcjonowanie osoby poprzez całe jej życie - od dzieciństwa do dorosłości (a nie dotyczyć tylko np. wieku dorosłego)
- aby osoba mogła zdrowieć konieczne jest systematyczne opowiadanie o doznanej przemocy po to by:
 - przerwać tajemnicę, którą sprawca chce (chciał) zachować wszelkimi sposobami;
 - ujawnić doznane krzywdy, często po raz pierwszy w życiu;
 - urealnić sytuacje z przeszłości i teraźniejszości (np. następuje wyraźne umiejscowienie odpowiedzialność za przemoc po stronie sprawcy).

Takie postępowanie ułatwia coraz dokładniejsze „odpamiętanie” urazowej przeszłości.

- ważne jest budowanie relacji terapeuta – pacjent (przymierza terapeutycznego) w celu odbudowywania zaufania i bezpieczeństwa utraconego przez osobę skrzywdzoną
- podczas terapii, to klient ma kontrolować jej proces, występuje połączenie terapii niedyrektywnej ze świadomością terapeuty odnośnie kierunku, w jakim proces zdrowienia ma zmierzać i jego umiejętnością nadawania tego kierunku
- celem terapii jest „ratowanie” osoby, a nie rodziny.

Zaleca się nie stosowanie podejść, które:

- uznają, że dziecko mówiąc o przemocy (np. seksualnej) fantazjuje i projektuje na drugą osobę własne potrzeby

- uznają, że to dziecko jest winne (np. uwiodło sprawcę, zasłużyło na bicie, ponieważ źle postąpiło)
- potwierdzają realność przemocy, ale widzą ją jako naturalną i korzystną dla dziecka,
- potwierdzają realność przemocy, ale ignorują lub pomniejszają konsekwencje ponoszone przez dziecko,
- dążą do odtworzenia i utrzymania tradycyjnych ról w rodzinie,
- dążą do prowadzenia wspólnej terapii dla wszystkich członków rodziny dysfunkcyjnej czy patologicznej,
- stosują techniki hipnotyczne i inne techniki sugestywne na etapie „odpamiętywania” urazu, podczas procesu „odpamiętywania” terapeuta ma zachować neutralność,
- stosują techniki „bez treści” – na etapie „odpamiętywania” urazu,
- korzystają z technik pracy z ciałem, bez należytego dopasowania ich do każdej osoby oraz bez wcześniejszego przygotowania osoby.

ETAPY TERAPII INTEGRACYJNEJ

Etapy terapii integracyjnej u osoby leczącej się występują we wskazanej kolejności, chociaż często wzajemnie się uzupełniają i przeplatają (Briere, 1988; Courtois, 1988; Salter, 1988; Pearlman. 1998, 2003;Widera – Wysoczańska, 1997, 1999):

- rozpoznanie i diagnoza osoby i środowiska: osoba opowiadania o problemie, który sprowadził ją na terapię, wstępnie opowiada o swojej aktualnej i przeszłej sytuacji życiowej, przeprowadza się diagnozę jej stanu psychologicznego i ewentualnie dolegliwości somatycznych, rozpoznaje się czynniki ryzyka w środowisku, w którym żyje, ustala się kontrakt, w tym m.in. cele do realizacji podczas terapii i mówi się o kryzysach, które mogą pojawić się podczas procesu zdrowienia,
- ustalenie priorytetów w leczeniu: pierwszeństwo ma stabilizacja teraźniejszego życia, jeżeli aktualnie osoba doznaje przemocy, ma tendencje samobójcze, nadużywa alkoholu czy narkotyków, itp. Gdy istnieje potrzeba osoba konsultowana jest z lekarzem np. internistą lub psychiatrą. W przypadku dzieci i

młodości dokonuje się interwencji w przedszkolu lub szkole. Wskazane jest, aby we wszystkich przypadkach osoby te kontaktowały się ze specjalistami w zakresie stresu pourazowego, ponieważ wtedy mogą uzyskać profesjonalną pomoc,

- stabilizacja i bezpieczeństwo: odbudowanie relacji terapeutycznej i poszukiwanie osób wspierających, docieranie do własnych umiejętności. Niemal równolegle toczy się proces,
- ujawnienia, „odpamiętywania” i urealniania: osoba opowiada i zapisuje wspomnienia, zazwyczaj przypomina sobie zdarzenia od ogółu do szczegółu. Czas trwania tego procesu jest różny i zależy od gotowości osoby do spotkania się z bolesnymi urazami. Ujawnienie nie oznacza rozwiązania problemów, jest natomiast początkiem procesu zdrowienia, urealniania doznanej przemocy i daje podstawy do diagnozy osoby,
- „przepracowanie” konsekwencji po-urazowych: na ten etap składa się wiele procesów, takich jak odreagowywanie uczuć (np. winy, wstydu, złości, żalu, smutku), poradzenie sobie z lojalnością wobec sprawców, praca z wewnętrznym dzieckiem, polegająca na uzupełnianiu niezaspokojonych potrzeb z przeszłości, zmiana zniekształceń poznawczych i przeformułowywanie przekonań, (wszystko to służy budowaniu poczucia wartości, akceptacji, siły, kontroli i emocjonalnemu dorastaniu osoby) dalsze „opamiętywanie”, nauka nowego sposobu radzenia sobie z problemami życiowym,
- konfrontacja ze sprawcą z pozycji osoby dorosłej: pośrednia za pomocą wyobraźni czy listów pisanych do sprawcy, które nie są wysyłane lub bezpośrednia w postaci rozmowy ze sprawcą lub wysłanych do niego listów,
- uświadomienie sobie i zaakceptowanie dobrych stron własnej przeszłości i zachowań rodziców
- integracja z terażniejszością i przyszłością (nowe zachowania, cele, plany).

STOSOWANE STRATEGIE I TECHNIKI

Dobór technik zależy od potrzeb klienta, rodzaju jego objawów, typu doznawanej przemocy, etapu terapii i celów, które chce się zrealizować. Potrzebna

jest elastyczność terapeuty w stosowaniu strategii i technik z różnych podejść terapeutycznych.

Modalności:

- terapia indywidualna i szczególnie terapia grupowa (ta forma często jest skuteczniejsza i niezbędna),
- osobna terapia dla każdego z członków rodziny,
- do terapii rodzinnej może dojść na zakończenie terapii poszczególnych członków rodziny, w fazie integracji, jeżeli osoba skrzywdzona tego sobie życzy,
- interwencje w sytuacjach kryzysów.

Czas trwania:

- terapia ta ze względu na siłę, złożoność i chroniczność urazu oraz natężenie objawów ma charakter długoterminowy. Jest to terapia ukierunkowana na cel, czyli jej czas trwania określony jest celami do realizacji. Jednak niektóre osoby czują się lepiej, gdy mają określone ramy czasowe
- krótkoterminowa terapia urazu stosowana jest do pracy nad określonymi, pojedynczymi problemami

Metody i techniki dostosowywane są do osoby, etapu terapii i realizowanego celu. Muszą być także dopasowane do poziomu, na którym dokonywane są zmiany: środowiska, zachowania osoby, jej umiejętności, wartości i przekonania czy poziomu tożsamości (Dilts Robert, za: McDermott, Jago, 2006).

Techniki radzenia sobie ze stresem:

- terapia kryzysowa,
- techniki dla fazy intruzyjnej (flashbacki, zaburzenia snu, sny dotyczące przemocy, pobudzenie),
- techniki dla fazy unikania, zamrożenia i wyparcia

Techniki psychodynamiczne i eksploracyjne:

- ukierunkowane na wgląd: ich celem jest towarzyszenie osobie w „odpamiętywaniu” przeszłości, w poznawaniu treści z nieświadomości i świadomości, analiza snów i przeniesień.
- hipnoza i NLP: ich celem jest zmiana znaczeń dotyczących przeszłości i teraźniejszości, przepracowanie dysocjacji (amnezji, depersonalizacji, derealizacji, alter ego i DID), wydobywanie zasobów i uruchamianie umiejętności osoby, „rzutowanie” nowego sposobu funkcjonowania w przyszłość, konstruowanie planów i celów dotyczących przyszłości.

Techniki doświadczalne/katharsis:

- Gestalt: ich celem jest zwiększenie samoświadomości, identyfikacja, odreagowanie i wyrażanie uczuć,
- psychodrama: pozwala na rozpoznawanie wzorców rodzinnych i identyfikowanie uczuć dotyczących rodziny,
- ekspresyjne (różne formy terapii sztuką): stosowane w celu docierania i wyrażania uczuć, które są trudne do wyrażenia za pomocą słów, pomagają odtworzyć przeszłość i przeformułować ją z punktu widzenia osoby dorosłej.

Techniki poznawczo – behawioralne i edukacyjne:

- rozwojowe: stosuje się je w celu rozwijania nowych umiejętności, budowania poczucia własnej wartości, ćwiczenia samokontroli, uczenia relacji z innymi, intymności, rodzicielstwa,
- poznawcze: służą do rozpoznawania i korygowania przekonań o sobie, przemocy, sprawcy, rodzinie, itp.
- behawioralne: celem jest radzenie sobie ze stresem, relaksacja, desensytyzacja, asertywność, praca z agresją

DOŚWIADCZENIE NASZEGO OŚRODKA (Widera – Wysoczańska, 1997; 1999, 2006)

Poniżej przedstawiam etapy terapii osób po urazach doznanych w dzieciństwie wypracowane w Ośrodku Terapii Osób Rodzin Dysfunkcyjnych EGO.

- Etap I: Sesje indywidualne (ich celem jest dokonanie rozpoznania i diagnozy, ustalenie celów terapii i wskaźników osiągnięcia tych celów, diagnoza czynników ryzyka, rozpoznanie osób wspierających, przygotowanie osoby do terapii grupowej).
- Etap II: Terapia grupowa osób z rodzin dysfunkcyjnych i po przemocy (radzenie sobie z konsekwencjami dorastania w dysfunkcyjnej rodzinie, ujawnienie przemocy przed grupą terapeutyczną, rozpoznanie przyczyn aktualnych problemów, zmiany w aktualnym życiu: opuszczenie domu, budowanie dorosłych relacji, zmiany w aktualnym życiu).
- Etap III: Terapia kobiet po przemocy seksualnej (koncentracja na leczeniu urazów przemocy seksualnej, radzenie sobie z kryzysami, ustalanie celów na przyszłość). W trakcie etapu I i II osoby przychodzą także na sesje indywidualne (np. raz w miesiącu), aby rozwiązywać problemy, które są dla nich zbyt trudne do podjęcia podczas terapii grupowej lub przygotowują się do ich podjęcia podczas spotkań grupowych.
- Etap IV: Terapia dla osób skrzywdzonych w dzieciństwie, które rozpoznają w sobie sprawcę (rozpoznają u siebie zachowania typowe dla sprawców stosujących przemoc) przemocy emocjonalnej, fizycznej, seksualnej dokonywanej wobec własnych dzieci, partnerów, rodziców.
- Etap V: Grupy rozwojowe (rozwijanie umiejętności społecznych, asertywności, umiejętności wychowawczych, relacji małżeńskich, nauka planowania przyszłości, radzenie sobie ze stresem, twórcze rozwiązywanie problemów).
- Etap VI: Terapia indywidualna (zalecana podczas kryzysów i nawrotów).

Opisywany model terapii skoncentrowany jest na wpływie urazu doznanego przez osobę na jej życie, na objawach pourazowych umieszczonych w kontekście innych aspektów życia osoby. Dotyczy różnych form przemocy jako zjawisk wpływających

na kreowanie poznawczych, emocjonalnych i behawioralnych wzorców osoby. Zanim rozpocznie się praca terapeutyczna z osobą należy pomóc jej w ustabilizowaniu jej życia. Następnie prowadzi się postępowanie skierowane na sferę społeczną (wsparcie, dorosłe relacje), poznawczą (rozpoznawanie zniekształceń poznawczych i przeformułowania), emocjonalną (rozpoznawanie uczuć i odreagowywanie), bada się i wpływa na typ więzi społecznych (budowanie dorosłych relacji, adekwatnych do sytuacji, podejmowanych ról). Uwzględnia się inne sytuacje społeczne, które przyczyniają się do nasilenia się objawów lub sprzyjają zdrowieniu osoby.

BIBLIOGRAFIA

- Bard, M & Sangrey, D. (1986). The crime victim's book. New York: Brunner/Mazel.
- Benedek, E. (1985). Children and psychic trauma: A brief review of contemporary thinking. W: Eth, S. & Pynoos, R. (Eds.). Post – traumatic stress disorder in children. Washington, D.C.: APP.
- Bowlby, J. (1988). A secure base: Parent-child attachment and healthy human development. New York: Basic Books.
- Briere, J. (1992). Child abuse trauma. London: Sage.
- Brickman, J. (1984). Feminist, nonsexist, and traditional models of therapy: Implications for working with incest. *Woman and Therapy*, 3(1), 49 – 67.
- Brownmiller, S. (1975). *Against our will: Men, women and rape*. New York: Simon and Schuster.
- Courtois, Ch. (1988). *Healing the incest wound*. London: Norton.
- Erikson, E. (1980). *Identity and the Life Cycle*. W.W. Norton & Company, New York.
- Ferguson, D., & Mullen, P., (1999). *Childhood sexual abuse. An Evidence Based Perspective*. London: SAGE.
- Figley, C.R. (Ed.). (1985). *Trauma and its wake: The study and treatment of post-traumatic stress disorder*. New York: Brunner/Mazel.

- Krugman, S. (1987). Trauma in the family: Perspectives on the intergenerational transmission of violence. In B. van der Kolk (Ed.) Psychological Trauma. Washington, D.C. American Psychiatric Press.
- McDermott, I., Jago, W. (2006). NLP Terapia krótkoterminowa. Sopot: GWP.
- Pearlman, L. (2003). Trauma and Attachment Belief Scale. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Pearlman, L., A. (1998). Trauma a and the self: A theoretical and clinical perspective. Journal of Emotional Abuse, 1, 7 – 25.
- Rush, F. (1977). The Freudian cover – up. Chrysalis, 31 – 45.
- Salter, A. (1988). Treating child sex offenders and victims. New York: Sage.
- Terr, L., (1988). What happens to early memories of trauma? Child and Adolescent Psychiatry, 27, 96 – 104.
- Widera - Wysoczańska, A. (1997). I've never told anyone - A research report on sexual abuse towards women. Charaktery, 9, 22-24.
- Widera-Wysoczańska, A. (1999). Proces zdrowienia osób, które doznały urazu w dzieciństwie. W: Gapik L. (red.). Postępy Psychoterapii. Wybrane zagadnienia teoretyczne, Tom II. S. 102-113. Poznań. Wydawnictwo Uniwersyteckie.
- Widera-Wysoczańska, A, (2006). Incest risk factors in the family. A qualitative study. (w recenzji).
- Van der Kolk, B., (1987). Psychological trauma. Washington: American Psychiatric Press.