**Lubuski Ruch na Rzecz Kobiet i Rodziny ŻAR w Żarach**

*„Wychowywać mądrze i świadomie”*
*Kampania informacyjna w zakresie praw, sytuacji oraz potrzeb osób – dzieci, pokrzywdzonych przestępstwem i zapobieganiu przestępczości wobec dzieci.*

# Konferencja

# Barwy Dzieciństwa

## 23 listopada 2018 r.

## Żary, ul. Rynek 1, Ratusz, Sala konferencyjna

Oddajemy Państwu materiały pokonferencyjne, które udało nam się zebrać. Mimo, iż nie są to dokładnie treści przedstawione na Konferencji, a głównie te, które stanowiły inspirację do wystąpień, zachęcam Państwa do lektury. Równocześnie serdecznie dziękuję za tak liczne przybycie i uważną obecność Państwa na naszej, skromnej w zamiarze, Konferencji. Wierzę, że wspólnie jesteśmy w stanie zmienić los dzieci, które w tak szczególny sposób wymagają naszej uwagi.

Do zobaczenia za rok :)
Lucyna Hoffmann-Czyżyk
Prezes Lubuskiego Ruchu na Rzecz Kobiet i Rodziny "Żar”

*Poniżej prezentujemy artykuł dr Ewy Odachowskiej, prelegenta Konferencji Barwy Dzieciństwa, napisany wspólnie z mgr Małgorzatą Woźniak - Prus pt. Trudna diagnoza. Kontrowersje wokół ADHD i PTSD.*
*Wystąpienie dr E. Odachowskiej pt.* ***Skutki doświadczeń traumatycznych dla rozwoju dziecka*** *na Konferencji* ***Barwy dzieciństwa****, oparte było na danych zawartych w artykule, zgodnie z sugestią Prelegentki i za Jej zgodą, artykuł został umieszczony w materiałach pokonferencyjnych.*

# PRACE PSYCHOLOGICZNE


## EWA ODACHOWSKA, MAŁGORZATA WOŹNIAK-PRUS

**Akademia Pedagogiki Specjalnej, Instytut Psychologii**


## TRUDNA DIAGNOZA. KONTROWERSJE WOKÓŁ PTSD 1ADHD


**Streszczenie:** Artykuł poświęcony jest problemom diagnostycznym, z jakimi borykają się zarówno psycholodzy, pedagodzy, jak i psychiatrzy próbujący określić patomechanizm trudności występujących w zachowaniu u dzieci. W prezentowanej pracy skupiono się na analizie obrazu klinicznego i etiologii zaburzeń po stresie traumatycznym (PTSD) oraz zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD), gdyż są to zaburzenia, których rozpoznanie u dzieci budzi wiele wątpliwości diagnostycznych. Rozważania dotyczące objawów poszczególnych zaburzeń oparto na kryteriach diagnostycznych DSM-5, a analizę ich genezy przeprowadzono, odwołując się do danych na temat cech funkcjonalnych ośrodkowego układu nerwowego w poszczególnych przypadkach. Całość pracy podsumowuje próba wskazania elementów niezbędnych dla diagnozy różnicowej obydwu zaburzeń. Słowa kluczowe: PTSD, ADHD, diagnoza dziecka, trauma.


### WSTĘP

Artykuł stanowi odpowiedź na prośby zarówno środowiska psychologów i psychotraumatologów, jak i samych rodziców, którzy borykają się z własną bezsilnością w przypadku dzieci demonstrujących objawy na tyle nieoczywiste, że mogą wpisać się w co najmniej kilka różnych zaburzeń funkcjonowania. Dość często w pracy terapeutycznej zdarzają się przypadki dzieci niewłaściwie zdiagnozowanych, przez co poddanych nieadekwatnemu oddziaływaniu terapeutycznemu, nierzadko także farmakoterapii. Taki stan rzeczy nie jest jedynie wynikiem niewiedzy diagnostów, ale także tego, że pewne grupy zaburzeń, zwłaszcza w przypadku dzieci, nie dają jasnego obrazu i podlegają maskowaniu/modyfikacji poprzez aktualnie realizowane zadania


Adres do korespondencji: eodachowska@aps.edu.pl, ORCID: 0000-0002-6163-8353; mwozniak@aps.edu.pl, ORCID: 0000-0002-9851-7176.

rozwojowe lub wpływają na ich zahamowanie. Taki stan rzeczy doprowadza do niedoszacowania lub przeszacowania objawów niektórych zaburzeń lub/i ich objawów. Dość częste pomyłki tego rodzaju występują w przypadku zaburzeń po stresie traumatycznym oraz zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi. Artykuł ten jest jedynie poglądowy i w pełni nie wyczerpuje tematu, ma jednak wskazać na istniejące problemy diagnozy różnicowej zaburzeń, szczególnie tych z okresu dziecięcego i stanowić inspirację do zgłębienia zagadnienia.

## POJĘCIE STRESU TRAUMATYCZNEGO

Doświadczenie traumy we wczesnym okresie rozwoju coraz częściej jest wymieniane przez klinicystów wśród etiologii zaburzeń psychicznych. Pojęcie traumy według klasyfikacji DSM-5 (APA, 2013) jest określane jako szczególny rodzaj stresującego zdarzenia w postaci narażenia na utratę życia, poważnego obrażenia ciała, doświadczenia przemocy seksualnej, zaistniałych w określonych warunkach. Okoliczności te, zgodnie z przywołaną klasyfikacją, aby wyczerpywały znamiona doświadczenia traumatycznego, muszą odnosić się do przynajmniej jednego z czterech uwarunkowań: (1) bezpośredniego doświadczenia wydarzenia urazowego; (2) bycia bezpośrednim świadkiem wydarzenia urazowego; (3) doświadczenia pośredniego, poprzez uzyskanie wiadomości, że bliski członek rodziny lub przyjaciel był narażony na uraz; (4) wielokrotnego lub ekstremalnego narażenia na awersyjne szczegóły zdarzeń urazowych (np. podczas czynności zawodowych). Należy zaznaczyć, że w tak ujętym kryterium wyklucza się narażenie pośrednie w kontekście pozazawodowym (media elektroniczne, telewizja, filmy lub fotografie) (APA, 2013). W tym rozumieniu trauma jest traktowana jako rodzaj ciężkiego stresora, który powoduje narażenie na utratę życia lub poważne zranienie ciała, ma najczęściej charakter nagły, niekontrolowany, może dotyczyć również sytuacji, w której osoba jest świadkiem podobnego wydarzenia (Folkman, 2011; Skinner, Zimmer-Gembeck, 2011; Solomon, Heide, 1999; Terr, 1995).

Zdaniem niektórych taka definicja jest zbyt wąska i treściowo nieadekwatna do sytuacji traumatycznych w postaci przemocy emocjonalnej, upokarzania, wymuszania czy wykorzystania seksualnego (Briere, Scott, 2010). Badacze proponują inną definicję, odnoszącą się do szerszego ujęcia traumy, uznając, że jest to zjawisko poważnego zagrożenia dla integralności psychicznej, podczas doświadczenia skrajnie przykrego zdarzenia, w czasie którego człowiek nie może sobie poradzić mimo wykorzystywania własnych zasobów (Briere, Scott, 2010). W szerokim ujęciu traumą można określać wszelkie urazy psychiczne występujące na rożnych etapach życia człowieka (kryzysy, konflikty, zagrażające życiu przewlekłe choroby somatyczne i psychiczne), które łączą się z ryzykiem wystąpienia emocjonalnych, poznawczych i społecznych zaburzeń. Kontrowersje definicyjne dotyczą głównie kategoryzacji wydarzeń jako potencjalnie traumatycznych, a co za tym idzie rozpoznawania traum występujących w okresie dzieciństwa.

Lenore C. Terr (1991) wskazuje na dwa podstawowe typy traumy doświadczanej w tym okresie życia: typu I i typu II . Pierwszy jest rezultatem zdarzenia Pojedynczego i krótkotrwałego, zazwyczaj bardzo intensywnego, drugi dotyczy sytuacji długotrwałych i powtarzających się wynikających z narażenia na działanie traumatycznych czynników zewnętrznych. W literaturze przedmiotu używa się niekiedy pojęcia stresora potencjalnie

traumatycznego, co podkreśla rozróżnienie obiektywnego wydarzenia od sposobu indywidualnego reagowania na nie. W tym ujęciu zdarzenie ma charakter traumatyczny wtedy, gdy, pomimo literalnego innego znaczenia, wywołuje ono u osoby objawy potraumatyczne (Lis-Turlejska, 2000).

Poza wąskim i szerszym rozumieniem traumy oraz jej typów (1 i II) istnieje jeszcze kryterium podziału ze względu na elementy zależne od człowieka oraz te, pozostające poza jego wpływem (Dudek, 2003). W zależności od interpersonalnego zaangażowania traumę umieszcza się na kontinuum od pozaosobowych naturalnych katastrof czy wypadków, poprzez interpersonalne - gwałt, seksualne wykorzystanie, terroryzm, aż do traumy przywiązania (Allen, 2005). Podstawowa różnica między traumą interpersonalną

personalną a traumą więzi polega na tym, że ta pierwsza wywołuje lęk przed drugim człowiekiem, natomiast ta druga może skutkować lękiem przed emocjonalną bliskością i zależnością bądź jednym i drugim.

## SKUTKI DOŚWIADCZEŃ TRAUMATYCZNYCH DLA DZIECKA I RODZINY

Trauma dziecięca jako uraz emocjonalny nie pozostaje bez wpływu na poszczególne obszary psychicznego rozwoju dziecka oraz jego integralność, co może uniemożliwiać dalsze prawidłowe funkcjonowanie, przekraczając możliwości adaptacyjne dziecka (Margolis, 1999). Uraz będący doświadczeniem traumatycznym powoduje aktywację szeregu mechanizmów obronnych, które manifestując się w objawach wpływają na funkcjonowanie jednostki. Stan ten jest generowany u dziecka głównie w wyniku braku wsparcia i pomocy ze strony osób dorosłych w sytuacji zagrożenia. Dziecko nie posiada ukształtowanych dojrzałych strategii radzenia sobie ze stresem, co więcej jest całkowicie zależne od opiekuna. Towarzyszące mu poczucie omnipotencji własnej oraz chroniącego rodzica zostaje w wyniku doświadczenia obalone. Te uwarunkowania sprawiają, że naturalną konsekwencją doświadczenia traumatycznego jest lęk o życie własne lub bliskiej jej osoby, a także bezsilność wobec sytuacji, której jest ofiarą bądź świadkiem.

Konsekwencją przeżytej traumy jest pojawienie się treści urazowych, które wymagają weryfikacji diagnostycznej i odpowiedniego oddziaływania w procesie terapeutycznym. Najbardziej powszechnymi są: nieufność wobec osób dorosłych, brak poczucia bezpieczeństwa, poczucie bezradności, braku kontroli i panowania nad sytuacją. Skutki urazu zależą od kombinacji kilku czynników. Są to między innymi: wsparcie rodziców, stan zdrowia dziecka i opiekuna, fazy rozwoju, jakość wcześniejszych relacji opiekun—dziecko. Wczesny uraz wpływa na emocjonalny, społeczny i poznawczy rozwój dziecka. Jak wynika z analiz, niesie to za sobą daleko idące konsekwencje, także w życiu dorosłym, uaktywniając się pod postacią nie tylko zaburzeń fizjologicznych, lecz także depresyjnych, dysocjacyjnych, zaburzeń osobowości czy stanów lękowych (Levitan i in., 2003; Matza i in., 2003). Wszystkie je można określić jako chroniczne zaburzenia będące wynikiem przeżytej traumy. Doświadczenia te wpływają w znaczący sposób na poszczególne płaszczyzny rozwoju. Trauma doznana w tak wczesnym okresie zmienia przebieg organizacji rozwijającego się mózgu (Perry i in., 1995). Szczególnie duże zmiany zaznaczają się w strukturach mózgowych dzieci najmłodszych (0-3 lata), które w momencie jej zaistnienia nie posiadały umiejętności sprawnego i swobodnego operowania mową. Im dziecko jest młodsze, tym mniej dojrzałe mechanizmy radzenia sobie z urazem (Briere, 1992; Briere, Scott, 2010; Perry, Pollard, 1998). Te uwarunkowania wpływają

na zmiany w zachowaniu dziecka, które w swoim obrazie nie zawsze są oczywiste, powodując trudności diagnostyczne, a tym samym wpływając na problemy z dobraniem odpowiedniego oddziaływania, nierzadko objawy zamiast ustępować manifestują się coraz wyraźniej.

## OBJAWY ZESPOŁU STRESU POURAZOWEGO U DZIECI

Objawy zespołu stresu pourazowego (PTSD) (ang. post traumatic stres disorder) są różnorodne w zależności od wieku dziecka. Wśród oznak pourazowych można wymienić symptomy przejawiające się w rożnych obszarach funkcjonowania, charakteryzujące się odmiennym stopniem nasilenia i głębokością w zależności od okresu rozwojowego, w jakim znajduje się dziecko oraz czynników zewnętrznych związanych z sytuacją i rodzajem wsparcia. U niemowląt do szóstego miesiąca życia podstawowe objawy to: pobudzenie, nadmierna odpowiedź na bodźce, drażliwość, zaburzenia fizjologiczne znaczne wycofanie. Do pierwszego roku życia można obserwować nasilenie reakcji lękowych w nowych sytuacjach, złość, unikanie niektórych sytuacji poprzez wzrost ruchliwości, zaburzenia snu. W trzecim półroczu są zauważalne reakcje dzieci na słowa związane z urazem, a w następnym etapie rozwojowym występują częściej reakcje na symbole związane z urazem, gwałtowne reakcje oraz lęk. nocne (Gil 2006; Scheeringa i in., 1995; Taylor, 2010; van der Kolk, Fisler, 1994). Werbalna zdolność do wyrażenia traumatycznego przeżycia zależy od tego, czy w momencie doświadczania urazu była już wykształcona zdolność mówienia. To wszystko sprawia, ze w tak wczesnym okresie rozwoju dziecka diagnoza jest często znacznie utrudniona i nieoczywista.

Na podstawie analiz objawów stresu potraumatycznego u dzieci najmłodszych (Scheeringa i in., 1995) zasadne jest rozpoznawanie PTSD u niemowląt (do 48. miesiąca życia), jeśli jest spełnione chociażby jedno z czterech kryteriów: powtórne przeżywanie, obniżona aktywność (widoczne społeczne wycofanie, sztywny afekt, utrata nabytych umiejętności), nadpobudliwość (odpowiadania przestrachem na bodźce, nadmierne rozdrażnienie czy po-budzenie dziecka, nagłe ataki złości, kłopoty z koncentracją i skupieniem uwagi), strach i agresja (zachowania agresywne, bliski kontakt z opiekunami, lęk przed toaletą lub przedmiotami). Charakterystyczne, szczególnie u dzieci młodszych, są także objawy regresji oraz wzrost lęku separacyjnego (Dąbkowska, 2014; Taylor, 2010). Przeżyciem wywołującym najsilniejszy uraz w tej grupie wiekowej nie musi być przemoc skierowana w stosunku do dziecka, a sytuacja, gdy dziecko było świadkiem przemocy skierowanej wobec osoby mu najbliższej. U tych dzieci najczęściej rozwijają się objawy PTSD. Dodatkowo należy zaznaczyć, że u niemowląt powyżej 18. miesiąca życia obserwowano więcej objawów nawrotu stresu niż u jeszcze młodszych (Scheeringa i in., 1995).

W przypadku dzieci powyżej drugiego roku życia możemy obserwować ujawniające się objawy charakterystyczne dla starszych dzieci zawarte w klasyfikacji DSM-5 (kryteria diagnostyczne dla dzieci sześcioletnich i młodszych). U tych dzieci dodatkowym symptomem jest reagowanie trudnościami w relacjach interpersonalnych, obniżeniem poczucia własnej wartości i samooceny. Należy zauważyć, że różnorodność sposobów reagowania przez dziecko także nastręcza problemów diagnostycznych. Dzieci mogą nie ujawniać części objawów w ogóle lub wszystkich jednocześnie, objawy mogą być odroczone lub przechodzić w stany somatyzacyjne.

Konkludując, kryteria rozpoznawania PTSD u dzieci do lat sześciu opierają się o kilka ważnych elementów. Przede wszystkim dotyczy to dzieci, które przeżyły wydarzenie mogące

wywołać uraz u każdego (były jego świadkiem lub uzyskały informację o takim zdarzeniu, zwłaszcza gdy dotyczyło ono opiekuna), a w konsekwencji przeżywają je wielokrotnie od nowa na różne sposoby, reagując wycofaniem i wzrostem napięcia (Pynos, 1990). Zgodnie z klasyfikacją diagnostyczną DSM-5 (APA, 2013) do diagnozy PTSD niezbędna jest obecność konkretnych objawów odtwarzania, unikania, pobudzenia oraz zmian w funkcjonowaniu będących skutkiem przeżycia, pojawiających się po zdarzeniu traumatycznym, takich jak:

– powtarzające się, niechciane i intruzywne stresujące wspomnienia traumatycznego wydarzenia, które w przypadku dzieci mogą być spontanicznie wyrażane przez zabawę i nie muszą wydawać się stresujące;
- powtarzające się koszmarne sny, których treść i/lub afekt może odnosić się do zdarzenia traumatycznego, choć zdarza się, że przerażające treści snów nie mają jasnego związku z przeżytym zdarzeniem; - reakcje dysocjacyjne (flashbacki), w których dziecko może się czuć lub zachowywać, jakby zdarzenie traumatyczne się powtarzało (niekiedy z całkowitą utratą świadomości otoczenia). Podobnie jak w przypadku intruzji odtwarzanie sytuacji związanych z traumą może pojawić się również w zabawie;
- intensywna lub/i przedłużona reakcja stresowa na ekspozycję na sygnały (zewnętrzne lub wewnętrzne), symbolizujące lub przypominające, jakiś aspekt zdarzenia traumatycznego;
- znacząca fizjologiczne reakcja na te sygnały (APA, 2013).

Kolejne kryterium odnosi się do utrzymującego się unikania bodźców kojarzonych ze zdarzeniem traumatycznym lub/i negatywnych zmian w procesach poznawczych lub emocjonalnych. Objawy te muszą pojawić się po zaistnieniu zdarzenia lub zaostrzyć się po jego wystąpieniu. Utrzymujące się unikanie bodźców obejmuje aktywności, miejsca lub fizyczne symbole kojarzone ze zdarzeniem traumatycznym, jak również podejmowanie wysiłków, by uniknąć rozmów i kontaktów interpersonalnych, które wzbudzają wspomnienia traumy. Negatywne zmiany w procesach poznawczych dotyczą natomiast znacznego zwiększenia częstości odczuwania negatywnych stanów afektywnych (np. strach, wina, smutek, wstyd, zmieszanie) z jednoczesnym obniżeniem możliwości przeżywania pozytywnego afektu. Wskutek tego dziecko wyraża znacząco obniżone zainteresowanie lub uczestnictwo w istotnych aktywnościach, włączając ograniczenie aktywności w formie zabawy. Przykładowo zabawa, która była wyjątkowo atrakcyjna, nie powoduje radości, a ograniczenia w wyrażaniu pozytywnych emocji utrzymują się. Obserwowane są także zmiany zachowania o charakterze wycofania społecznego, wpływające na całościowy obraz funkcjonowania dziecka.

Następne kryterium dotyczy znaczących zmian w pobudzeniu i reaktywności związanej ze zdarzeniem traumatycznym, które pojawiły się lub pogłębiły po zdarzeniu i przejawiają się w postaci poirytowania, wybuchów gniewu (nawet przy niewielkiej prowokacji lub jej braku), zwykle wyrażane w postaci werbalnej lub fizycznej agresji wobec ludzi i przedmiotów (włączając napady złości, często ekstremalne). Ponadto opiekunowie obserwują u dzieci, które były ofiarami doświadczeń traumatycznych, wzmożoną czujność, wyolbrzymioną reakcję przestrachu, znaczne problemy w koncentracji oraz zaburzenia snu (np. trudności z zaśnięciem, ciągłością snu, sen niedający wypoczynku).

Jeśli przytoczone objawy trwają dłużej niż 1 miesiąc, powodując klinicznie istotny dystres lub zakłócenia w relacjach z rodzicami, rodzeństwem, innymi opiekunami lub w za-chowaniach w szkole, możemy stwierdzić zespół stresu pourazowego. Kryterium wy-kluczającym jest przeżywanie tychże stanów jako fizjologicznych skutków używania substancji psychoaktywnych (np. alkoholu, leków) lub innych uwarunkowań medycznych.

Warto zaznaczyć, że szczegółowe kryteria diagnostyczne mogą wskazywać na inną jednostkę diagnostyczną w zależności od czasu trwania objawów oraz czasu ich ujawnienia, na przykład, gdy przywołane objawy trwają do 30 dni kryteria wskazują na zespół ostrego stresu (acute stress disorder, ASD). Klasyfikacja DSM-5 wyróżnia ponadto dwa specyficzne zaburzenia występujące w okresie dzieciństwa, związane z doświadczaniem specyficznego typu wydarzeń traumatycznych w tym okresie rozwojowym. Są to reaktywne zaburzenie przywiązania oraz odhamowane angażowanie się w relacje społeczne (APA, 2013). Pierwsze z nich charakteryzuje się uporczywymi odchyleniami od normy we wzorcach wytwarzania więzi u dziecka, które są związane z zaburzeniami emocjonalnymi (brak społecznej i emocjonalnej reaktywności na innych, ograniczenie pozytywnego afektu, epizody nieuzasadnionej drażliwości, smutku, lęku). Drugi przejawia się w zmniejszeniu lub braku odpowiedniego zahamowania w nawiązywaniu relacji z nieznajomymi dorosłymi.

W zakresie demonstrowanych objawów po stresie u dzieci zaznaczają się także pewne różnice zależne nie tylko od wieku, lecz także płci. Wyróżnia się dwie główne odpowiedzi na stres: pobudzenie lub dysocjacja. Młodsze dzieci i dziewczynki wykazują skłonności do reagowania zaburzeniami dysocjacyjnymi w postaci unikania, zamierania, ucieczki w marzenia, fugi, depersonalizacji, aż do katatonii. U podłoża takich reakcji leżą reakcje na poziomie neurobiologicznym, których dokładna etiologia nie jest znana, ale prawdopodobnie znaczną rolę spełnia tu system opioidowy, dopaminowy oraz oś HPA. U starszych dzieci znacznie częściej obserwuje się nadaktywność układu sympatycznego (Ornitz, Pynoos, 1989; Perry i in., 1995; Scheeringa i in., 1995). Takie uwarunkowania powodują, że starsze dzieci i chłopcy częściej reagują w modelu pobudzenia i agresji. Dzieci mogą mieć wspomniane wcześniej koszmary senne lub budzić się z lękiem i nie pamiętać treści snu. Mogą uskarżać się na bóle głowy, brzucha lub inne dolegliwości fizyczne. Częste jest współistnienie zaburzeń lękowych, depresji, zaburzeń zachowania, deficytu uwagi. Dzieci, które doznały urazu psychicznego, są podatne na uzależnienia i ryzykowne zachowania.

W późniejszych okresach, oprócz omówionych wcześniej najbardziej typowych zaburzeń związanych ze stresem traumatycznym, w literaturze przedmiotu wyróżnia się także złożony zespół stresu pourazowego, który wiąże się z przedłużoną lub powtarzającą się traumą, sięgającą okresu dzieciństwa. Do podstawowych cech zespołu zalicza się: poczucie winy, stygmatyzację, zaburzenia tożsamości osobistej (ciągłości *Ja* - trudność w integrowaniu przeszłości i teraźniejszości) oraz zaburzenia tożsamości społecznej (Herman, 1998; Solomon, Heide, 1999). Te zaburzenia należą do skutków traum dziecięcych i obserwować je możemy u dorosłych ofiar tych doświadczeń. Warto zaznaczyć, że zaburzenia po stresie traumatycznym nie dotyczą wszystkich dzieci, które były narażone na doświadczenia kryzysowe. Analizy prowadzone w tym zakresie wskazują na rozpowszechnienie zdarzeń potencjalnie mogących wywołać zaburzenia stresowe pourazowe u dzieci i młodzieży na poziomie 59-70% (Dąbkowska, 2002). Co czwarte dziecko doświadcza objawów PTSD (Cohen i in ., 2010).

## ELEMENTY WPŁYWAJĄCE NA TRUDNOŚCI DIAGNOSTYCZNE

Skoro sama definicja traumy dostarcza trudności i zależy od jej szerszego bądź węższego rozumienia, podobne kontrowersje mogą dotyczyć procesu diagnostycznego. W przypadku najmłodszych ofiar zdarzeń traumatycznych oraz ich skutków w życiu dorosłym trauma wymaga często szerszego spojrzenia. Szersza definicja pozwala zwrócić uwagę także

na kontekst doświadczeń traumatycznych, co jest szczególnie istotne w sytuacji nadużyć wobec dzieci. W przypadku diagnozy traumy może dochodzić zarówno do jej niedoszacowania, jak i przeszacowania, Przyczyny tego stanu są wielorakie, odnoszą się zarówno do sposobu diagnozowania traumy, analizy i oceny zależności między zasobami poszczególnych osób a wydarzeniem urazowym, jak i indywidualnego sposobu percepcji i oceny sytuacji oraz dostępności wsparcia. Tymczasem następstwa niedoszacowania bądź przeszacowania traumy w sposób istotny wpływają na funkcjonowanie osoby, jakość jej życia, stan zdrowia i funkcjonowanie społeczne.

Rozpoznanie u dziecka zaburzeń emocjonalnych jako zespołu stresu pourazowego może być trudne ze względu na maskowanie objawów odroczonych, czas ich ujawnienia, ukrywanie niepokojących symptomów z powodu poczucia winy i wstydu, niejasnego związku pomiędzy traumatycznym wydarzeniem a pustką emocjonalną, złością, lękiem i objawami fizjologicznymi, które w przypadku dzieci ujawniać się mogą wiele miesięcy po zdarzeniu. Niektórzy rodzice, nie mając świadomości istnienia tego typu jednostki chorobowej, uważają, że objawy ustąpią same i nie ma potrzeby szukać pomocy. Diagnoza zaburzenia po stresie traumatycznym nie cieszy się popularnością wśród lekarzy psychiatrów, także z uwagi na fakt, że jest to jednostka chorobowa ujawniająca wiele zaburzeń współwystępujących, takich jak np. depresja, lęki specyficzne, uzależnienia, które wybijają się na pierwszy plan. Jednym z dość często mylonych z PTSD zaburzeń jest zaburzenie z deficytem uwagi i nadpobudliwością (ang. ADHD). W praktyce terapeutycznej często spotykane są przypadki dzieci z rozpoznaniem tego zaburzenia, które po dokładnej diagnozie różnicowej okazują się wpisywać w objawy PTSD. Co więcej, obserwuje się remisję objawów po zastosowaniu oddziaływania terapeutycznego. Problem ten wymaga przyjrzenia się obrazowi klinicznemu tego drugiego zaburzenia.

## ZABURZENIE Z DEFICYTEM UWAGI I NADPOBUDLIWOŚCIĄ

Zaburzenie z deficytem uwagi i nadpobudliwością określane pochodzącym od anglojęzycznej nazwy tego zaburzenia skrótem ADHD jest zaburzeniem neurorozwojowym, którego częstość występowania szacuje się na 3-6% populacji dzieci w wieku wczesnoszkolnym (Pisula, 2003). Cechą wyróżniającą dzieci z ADHD jest występowanie w ich zachowaniu pewnych trwałych wzorców, które układają się w charakterystyczną dla tego zaburzenia triadę objawów, czyli zaburzenia koncentracji uwagi, impulsywność i nadaktywność (Barkley, 2006; Wolańczyk, Komender, 2007).

Zaburzenia uwagi przejawiają się zbyt krótkim w stosunku do możliwości rozwojowych czasem skupiania uwagi czy problemami z dłuższym utrzymywaniem uwagi na danej aktywności, nawet przy sprzyjających warunkach zewnętrznych (Borkowska, 2006; Święcicka, 2005; Wolańczyk i in., 1999). U tej grupy dzieci mało efektywnie działa także mechanizm selekcji uwagi, co sprawia, że mają one trudność z wyborem najważniejszego w danym momencie bodźca i łatwo rozpraszają się pod wpływem nieistotnych dystraktorów. Impulsywność oznacza, że zachowanie dziecka z ADHD jest podporządkowane impulsowi pojawiającemu się w danej chwili bez przewidywania, jakie mogą być skutki danego działania zarówno dla samego dziecka, jak i innych osób (Borkowska, 2006). Podejmowane przez nie aktywności nie są zatem poddawane refleksji, ale stanowią natychmiastową odpowiedź na zaistniałą sytuację. Nadaktywność przejawia się wzmożoną ruchliwością dziecka, która nie jest powiązana z celowym działaniem. Może ona przybierać formę ekspansji ruchowej bądź

niepokoju ruchowego. Nasilenie poszczególnych objawów może zmieniać się w zależności od sytuacji, w jakiej znajduje się aktualnie dziecko, niemniej jednak pozostaje ono niewspółmierne do jego wieku i poziomu rozwoju oraz niekorzystnie wpływa na jego funkcjonowanie w wielu sferach.

Obok deficytów uwagi cechą charakterystyczną funkcjonowania poznawczego dzieci z ADHD jest brak powściągu myślowego, który przejawia się gonitwą myśli, pochopnością wnioskowania czy nadmiernym fantazjowaniem. Obserwuje się także problemy z uczeniem się na podstawie wcześniejszych doświadczeń, które są związane z zaburzeniami pamięci operacyjnej, a przejawiają się sztywnością myślenia i perseweracją zachowań, czyli powtarzaniem niezmienionego sposobu wnioskowania i tych samych zachowań mimo informacji, że są one błędne. Zakłócone są też zdolności planowania i to zarówno w odniesieniu do złożonych działań o rozbudowanej sekwencji, jak i prostych aktywności. W zakresie funkcjonowania emocjonalnego u dzieci z ADHD obserwuje się trudności w zakresie regulacji emocji, które skutkują dużą labilnością emocji i wzmożoną reaktywnością emocjonalną. Ponadto dzieci z tym zaburzeniem borykają się z wieloma problemami dotyczącymi funkcjonowania w sferze kontaktów społecznych, które sprawiają, że nie są one lubiane przez rówieśników i rzadko udaje się im nawiązać satysfakcjonujące relacje społeczne.

Formalna diagnoza ADHD ma charakter objawowy i opiera na kryteriach zawartych w medycznych klasyfikacjach chorób i problemów zdrowotnych, takich jak ICD- 10 (2000) czy DSM-5 (2013). Klasyfikacje te różnią się jednak dość istotnie między sobą. W klasyfikacji DSM-5 (2013) uwzględniono neurorozwojowy charakter tego zaburzenia i jego niejednorodność odzwierciedlającą się w możliwości rozpoznania trzech podtypów ADHD. Zgodnie z klasyfikacją ICD-10 (2000) możliwe jest jedynie zdiagnozowanie zaburzeń hiperkinetycznych, które odpowiadają mieszanemu podtypowi ADHD. Takie ujęcie skutkuje niedoszacowaniem objawów i pominięciem dzieci z pozostałymi podtypami, które nie otrzymają prawidłowego rozpoznania, a co za tym idzie nie będą mogły otrzymać odpowiedniej pomocy, choć ich funkcjonowanie będzie w znaczący sposób zakłócone (Lahey i in., 2006). Nie ma też jednego modelu procedury diagnozy, która powinna być stosowana w sytuacji podejrzenia występowania ADHD (Pelham, Fabiano, Massetti, 2005). Wiele skal szacunkowych, które są uważane za użyteczne narzędzia do oceny stopnia nasilenia objawów nieuwagi i impulsywności bądź skutków wtórnych ich występowania nadal nie jest w Polsce dostępna (Pelham, Fabiano, Massetti, 2005; Święcicka, 2011).

Można spotkać się także z głosami negującymi zasadność stawiania diagnozy zaburzeń z deficytem uwagi i nadaktywnością ze względu na małą specyficzność objawów i wysoką częstość obserwowania podobnych problemów u dzieci z innymi rozpoznaniami (Faraone, 2005). Ich słuszność jest podważana przez dane wskazujące na neurobiologiczne uwarunkowania ADHD. Zgodnie ze współczesnym stanem wiedzy za przyczynę pojawienia się charakterystycznej triady objawów uważa się nieprawidłowości na poziomie biochemicznym i strukturalnym określonych struktur układu nerwowego - kory przedczołowej, jąder podstawy, móżdżka i spoidła wielkiego (Pisula, 2003). Są one powodowane zmianami w obrębie materiału genetycznego, którego ekspresja jest modyfikowana przez czynniki środowiskowe (Borkowska, 2006; Dickstein i in., 2006; Wolańczyk, Komender, 2007).

Lista czynników środowiskowych, które mogą być związane z powstawaniem objawów ADHD, jest długa. Wśród nich znajdują się również zdarzenia traumatyczne. Powstały też koncepcje dotyczące kształtowania się zaburzeń z deficytem uwagi i nadaktywnością, które łączyłyby wiedzę na temat wpływu traumatycznych doświadczeń z doniesieniami z zakresu

neurobiologii (Kenny, Lane, 1997; Orford, 1998; Perry i in., 1995). Punktem wyjścia tego kierunku myślenia było zainteresowanie podobieństwem występującym pomiędzy objawami ADHD a tymi, które pojawiają się w wyniku doświadczenia traumy - potrzeba szybkiego reagowania i działania, potrzeba bycia w stanie ciągłej gotowości w oczekiwaniu na niebezpieczeństwo czy niemożność koncentracji na innych niż własne bezpieczeństwo sprawach. Obserwacje w połączeniu z informacjami na temat powstawania oraz rozwoju sieci neuronalnej i mózgu doprowadziły badaczy do postawienia hipotezy. Zgodnie z nią w krytycznym dla tworzenia się zdolności do kontroli i regulacji emocji okresie w niemowlęctwie niektóre dzieci przeżywają traumę, czego efektem jest ukształtowanie się automatycznej i będącej wynikiem habituacji organizmu reakcji na otoczenie, które nieustannie postrzegane jest jako potencjalnie zagrażające.

W starszym wieku doświadczenia z dzieciństwa u tej grupy dzieci przejawiają się wzmożoną wrażliwością na zagrożenie i trwaniem w stanie ciągłego pobudzenia i gotowości (Orford, 1998). Powoduje to, że reagują one bardzo szybko, impulsywnie, bez zastanowienia, przy czym raczej jest to odpowiedź na antycypowane niebezpieczeństwo, na którym się koncentrują niż na to, co naprawdę dzieje się w ich życiu. Niemowlęta mogą zatem bardzo wcześnie przyzwyczaić się do uczucia strachu i zagrożenia wywołanego przykrymi doświadczeniami, które w subiektywnym odczuciu rodziców mogą wcale nie być postrzegane jako negatywne, czego przejawem w starszym wieku są właśnie zachowania i problemy typowe dla ADHD (Perry i in., 1995). Ten kierunek myślenia nie znalazł jednak wielu kontynuatorów, choć wpisuje się we

współczesne podejście do rozumienia patomechanizmu ADHD (Nigg, 2015; Nigg i in., 2005), zgodnie z którym wyróżnia się dwie ścieżki powstawania objawów. Jedna związana jest z deficytami kontroli poznawczej i uwagi. W drugiej istotną rolę odgrywają zakłócenia regulacji emocjonalno-motywacyjnej. Ścieżki te mogą lub nie ze sobą współwystępować, tworząc specyficzny dla danego dziecka mechanizm powstawania objawów.

ADHD jest zaburzeniem niejednorodnym zarówno pod względem patomechanizmu, objawów, jak i obrazu klinicznego, co rodzi wiele trudności diagnostycznych. Dodatkowo u 50-80% dzieci ADHD współwystępuje z innymi zaburzeniami, w tym najczęściej z innymi zaburzeniami eksternalizacyjnymi, czyli zaburzeniami opozycyjno-buntowniczymi oraz zaburzeniami zachowania (Biederman, Newcorn, Sprich, 1991). Około 40% dzieci z ADHD cierpi również z powodu zaburzeń depresyjnych czy lękowych (Drabick, Gadów, Sprafkin, 2006; Tannock, 1998). Trudności w koncentracji uwagi, brak umiejętności przewidywania konsekwencji zdarzeń czy adekwatnego reagowania sprawiają, że dzieci z tym rozpoznaniem są bardziej narażone na różnego rodzaju urazy czy wypadki niż zdrowi rówieśnicy, przy czym często mają one bardziej poważny charakter i dotyczą głowy lub wielu obszarów ciała (Wolańczyk, Komender, 2007). Grupa ta częściej ulega różnego rodzaju wypadkom komunikacyjnym, np. podczas brawurowej jazdy na rowerze (Barkley, 2000). Osoby z ADHD są także częściej zaangażowane w różnego rodzaju zachowania ryzykowne, takie jak niebezpieczna jazda samochodem, ryzykowne kontakty seksualne czy granie w gry hazardowe (Groen i in., 2013). Występowanie ADHD w dzieciństwie jest czynnikiem ryzyka dla rozwoju uzależnienia od nikotyny, alkoholu, marihuany czy kokainy (Molina, Pelham, 2014).

Wyniki badań wskazują również, że wśród dzieci z ADHD jest podwyższony poziom niekorzystnych doświadczeń rodzinnych (ang. *family adversity* ) co jest źródłem silnego stresu i negatywnych przeżyć (Breaux, Brown, Harvey, 2017). Występowanie objawów ADHD u dzieci wydaje się także wiązać się ze stosowaniem przez rodziców niespójnej dyscypliny

(Ellis, Nigg, 2009; Martel i in., 2012), jak i innych negatywnych praktyk rodzicielskich, takich jak kary cielesne czy słaba kontrola (Johnston Jassy, 2007; Johnston, Mash, 2001). Środowisko rodzinne może być zatem źródłem wielu negatywnych i stresujących sytuacji dla dziecka z ADHD. W świetle przedstawionych danych dość oczywiste wydaje się, że jak wskazują wyniki wielu prac osoby z ADHD doświadczają traumatycznych przeżyć i są w większym stopniu narażone na rozwój zaburzeń po stresie traumatycznym (Cuffe, McCullough, Pumariega, 1994; Ford i in., 2000; Martinez i in., 2016; Weinstein, Staffelbach, Biaggio, 2000).

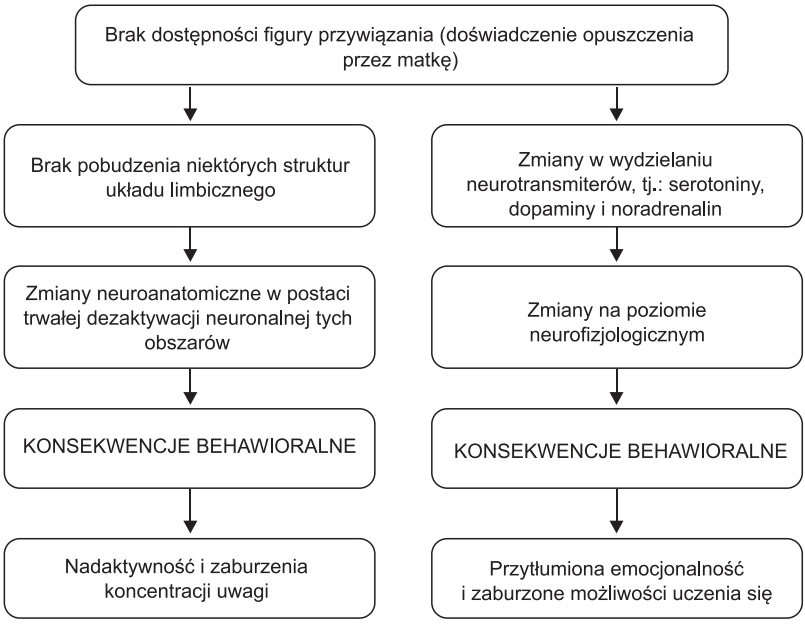
## Różnicowanie PTSD i ADHD

Związek tych dwóch grup zaburzeń może mieć różny charakter, co rodzi wiele wątpliwości diagnostycznych. Z jednej strony ADHD i PTSD mogą współ występować, co wpływa niekorzystnie na funkcjonowanie i nasila objawy ADHD, z drugiej zaś PTSD jest niejako konsekwencją występowania ADHD (Ford i in., 2000; Weinstein, Staffelbach, Biaggio, 2000). Niektóre objawy, jak chociażby deficyty uwagi, mogą być wspólne dla obydwu zaburzeń, choć mechanizm ich powstawania, a co za tym idzie też terapii, będzie zupełnie inny. Ponadto objawy jednego zaburzenia mogą maskować objawy drugiego i skutkować mylnym rozpoznaniem. Większość objawów PTSD będziemy mogli zaobserwować u osób z ADHD na skutek deficytów hamowania zarówno na poziomie behawioralnym, jak i poznawczym. Problemy z koncentracją uwagi i kontrolą impulsu będą występowały u dzieci z zaburzeniami po stresie traumatycznym, które będą musiały się mierzyć z powracającymi przeżyciami traumatycznymi i napięciem pojawiającym się w każdej sytuacji przypominającej zdarzenie traumatyczne. Niektórzy badacze wskazują nawet, że nakładanie się objawów tych dwóch zaburzeń może być związane z deficytami sprawności funkcji wykonawczych (Martinez i in., 2016).

W tabeli 1 przedstawiono wstępnie opracowane przez autorki porównanie objawów obydwu zaburzeń. Może ono stanowić wskazówkę diagnostyczną pomocną przy różnicowaniu pomiędzy zaburzeniami. Nieprawidłowe rozpoznanie czy pominięcie faktu współwystępowania zaburzeń będzie bowiem skutkować niedopasowaniem oddziaływań terapeutycznych i pogłębianiem się objawów (Weinstein, Staffelbach, Biaggfo2000); Analizując czynniki wspólne i różnicujące PTSD i ADHD, należy odnieść się także do biologicznych wskaźników obydwu zaburzeń. Dla przykładu brak bezpiecznego przywiązania oraz konfrontacja z traumatycznymi stresorami mogą wpływać hamująco na rozwój mózgu Ahnert, 2010; Braun, Helmke, Bock, 2009). Mechanizm ten zaprezentowano na rysunku 1.

Biologiczną podstawą negatywnego wpływu traumy na mózg ludzki jest wpływ znacznych ilości hormonów nadnerczowych (glikokortykosteroidów) wydzielanych w czasie traumatycznego doświadczenia, które działają aktywnie na ośrodkowy układ nerwowy, uruchamiając procesy neurodegeneracyjne i zmieniając metabolizm w mózgu. Następuje aktywacja układu hormonalnego podwzgórze-przysadka-nadnercza, co prowadzi do wydzielania znacznych ilości toksycznego kortyzolu oraz amin katecholowych, głównie adrenaliny i noradrenaliny (Perry, Pollard, 1998; Perry i in., 1995). Wyniki te są szczególnie interesujące dla prezentowanych tu analiz, ponieważ znany jest udział serotoniny i katecholamin w powstawaniu takich zaburzeń, jak depresja, schizofrenia czy A D H D (Miura i in., 2008).

System nerwowy zmienia się i kształtuje w odpowiedzi na powtarzające się wzorce aktywacji neuronalnej. Zgodnie z zasadą użyteczności stany panicznego lęku i przerażenia




RYSUNEK 1. Wpływ doświadczenia silnego stresu wynikającego z rozstania z matką na rozwój mózgu dziecka na przykładzie badań z obszaru teorii przywiązania

Źródło: opracowanie na podstawie Braun, Heimke, Bock, 2009.

w sytuacji traumatycznej powodują modyfikację struktur mózgowych, pociągając za sobą mobilizację i aktywację systemów rozmieszczonych w całym mózgowiu (korze, układzie limbicznym, śródmózgowiu, obszarach mostu i opuszki) (Perry, Pollard, 1998; Pynoos, Nader, 1989; Schwartz, Kowalski, 1991; Schwarz, Perry, 1994; Terr, 1983). Elementy traumatycznych przeżyć są zatem przechowywane w systemach - poznawczym, motorycznym, emocjonalnym oraz regulacji 'stanu', wspólnie tworząc pamięć chronicznego urazu.

Niektóre struktury pod wpływem skrajnego stresu ulegają całkowitej zmianie. Tak się dzieje w przypadku hipokampa, bardzo ważnej struktury odpowiedzialnej nie tylko za pamięć, uczenie się, lecz także nastrój oraz emocje, którego objętość pod wpływem doświadczeń traumatycznych ulega zmniejszeniu. Traumatyczne doświadczenia mają też wpływ na zaburzenia integracji między półkulami mózgu. ADHD jest z kolei zaburzeniem neurorozwojowym, które powstaje na skutek nieprawidłowego uwarunkowanego zarówno konstytucjonalnie, jak i środowiskowo wzorca rozwoju mózgu. Jak już wspomniano, zaburzenia mają charakter zarówno strukturalny, jak i metaboliczny oraz obejmują okolice płatów czołowych, jąder podstawy, móżdżka i spoidła wielkiego. Dane na temat neurobiologicznych uwarunkowań każdego z zaburzeń ze względu na objawowy charakter diagnozy nie są brane pod uwagę, a wydaje się, że mogłyby stanowić pewną wskazówkę różnicującą. W tabeli 1 zaprezentowano przykład dokonania rozróżnienia pomiędzy ADHD z uwzględnieniem objawów zaburzeń funkcjonowania dziecka w zależności od tego, czy mamy do czynienia z zaburzeniami po stresie traumatycznym oraz zespołu nadpobudliwości psychoruchowej.

| Objaw zaburzenia funkcjonowania | Przyczyny | |
|---|---|---|
| | w PTSD | w ADHD |
| Nadpobudliwość | Obawa przed powtórzeniem się doświadczenia;<br>Wyczekiwanie - stan gotowości;<br>Wzrost napięcia i drażiiwości;<br>Odpowiadanie przestrachem na bodźce skojarzone z traumą;<br>Obniżona aktywność przedniej części kory obręczy - obszaru mózgu hamującego jądro migdałowate i inne rejony zaangażowane w odpowiedź na odczuwany strach | Uwarunkowana neurobiologicznie |
| Zaburzenia koncentracji | Jest wynikiem koncentracji na poszukiwaniu i rozpoznawaniu zagrożeń | Uwarunkowane neurobiologiczriie (niska odporność na dystraktory, Problemy z hamowaniem reakcji automatycznych) |
| Impulsywność | Wynik nasilonej czujności;<br>reakcje obronne;<br>Nadmierna reakcja na bodźce skojarzone z traumą | Uwarunkowane neurobiologicznie deficyty w zakresie hamowania reakcji |
| Lęk | Potrzeba zapewniania sobie bezpieczeństwa;<br>Obawa przed utratą rodzica;<br>Zwiększony lęk separacyjny;<br>Obniżona aktywność przedniej części kory obręczy - obszaru mózgu hamującego jądro migdałowate i inne rejony zaangażowane w odpowiedź na odczuwany strach | Zaburzenia uwagi - słaba przerzutność uwagi skutkująca koncentracją na wywołującym niepokój bodźcu, nieadekwatne strategie uwagowe oparte na potrzebie ochrony przed potencjalnym zagrożeniem;<br>Sztywność myślenia i skłonność do perseweracji związane z zaburzeniami pamięci operacyjnej;<br>Wzmożona reaktywność emocjonalna przejawiająca się łatwym powstawaniem reakcji emocjonalnych i dużą ich intensywnością |
| Zachowania agresywne | Obawa przed oprawcą;<br>Brak zaufania do świata i ludzi;<br>Próba obrony;<br>Nastawienie na unikanie krzywdy i zapewnianie sobie bezpieczeństwa;<br>Otwarta wrogość, złość, która wynika z faktu braku kontroli nad własnym życiem | Wtórne wobec problemów w zakresie hamowania reakcji; będące skutkiem nieprawidłowości w zakresie funkcjonowania w relacjach społecznych (potrzeba dominowania i kontroli); brak umiejętności współpracy; reakcja na odrzucenie przez grupę rówieśniczą |
| Zaburzenia snu | Koszmary senne (nie tylko o treści zdarzenia) jako objaw odtwarzania;<br>Trudności z zasypianiem i sen niedający wypoczynku jako objaw pobudzenia | Mogą pojawiać się trudności z zaśnięciem związane z nadmiernym poziomem pobudzenia ruchowego i emocjonalnego |

| Objaw zaburzenia funkcjonowania | Przyczyny | |
|---|---|---|
| | w PTSD | w ADHD |
| Kłopoty w nauce | Mózg częściowo ogranicza funkcjonowanie poznawczo-rozwojowe i koncentruje się na funkcji przetrwania;<br>Natrętne wyobrażenia negatywnego zdarzenia powodują większą aktywizację sieci neuronalnych gwarantujących przetrwanie w trudnej sytuacji lub w obawie przed jej powtórzeniem, co ma swój wyraz w ograniczonej możliwości przetwarzania informacji łub/i absorbowania danych niezwiązanych z aktualnie realizowanym zadaniem | Dzielą się na dwie grupy: (1) problemy związane z opanowaniem nauczanego materiału i wykorzystaniem zdobytej wiedzy wynikające z deficytów uwagi, zaburzeń pamięci operacyjnej, wolniejszego tempa przetwarzanie informacji (ang. *sluggish cognitive tempo*) oraz trudności z planowaniem; (2) problemy związane z funkcjonowaniem w roli ucznia wynikające z trudności w przestrzeganiu reguł i zasad obowiązujących w szkole oraz nieprawidłowości w funkcjonowaniu społecznym |
| Obniżony nastrój | Dominujący;<br>Spowodowany przez natrętne wyobrażenia negatywnego zdarzenia;<br>Wynik obawy przed powtórzeniem się traumy;<br>Utrata poczucia bezpieczeństwa;<br>Zmieniony metabolizm w obszarach mózgu zaangażowanych w postrzeganie zagrożenia (układ limbiczny) | Problem wtórny wobec ADHD powodowany przez frustrację potrzeby sukcesu, niemożność odnalezienia się w grupie rówieśniczej, koncentrację na niepowodzeniach, trudności z ukształtowaniem spójnego obrazu siebie;<br>Skutek współwystępujących zaburzeń depresyjnych |
| Izolowanie się | Usiłowanie uniknięcia sytuacji kojarzących się z negatywnym doświadczeniem;<br>Obawa przed powtórzeniem się traumy;<br>Poczucie stygmatyzacji;<br>Poczucie samotności | Obserwowane u dzieci z podtypem ADHD z przewagą zaburzeń koncentracji uwagi, które sprawiają wrażenie nieobecnych, „śniących na jawie", mających trudności z rozumieniem sytuacji społecznych i w związku z t ym przyjmujących pozycję dziecka pomijanego/ ignorowanego przez rówieśników |
| Wycofanie z relacji | Unikanie osób, obiektów i miejsc związanych ze zdarzeniem;<br>Trwały brak zaufania;<br>Nieskuteczne próby samoobrony | Jest przejawem trudności w nawiązaniu, a potem utrzymaniu trwałych i głębszych relacji społecznych, mimo chęci i potrzeby bycia w kontakcie z innymi osobami |
| Regres | Utrata wcześniejszych zdolności (moczenie nocne, lęki separacyjne) iako wynik silnego stresu | Może być mylony z trudnościami w osiąganiu kolejnych „kamieni milowych" rozwoju |
| Objawy somatyczne | Bóle głowy;<br>Bóle żołądka;<br>Bóle ginekologiczne;<br>Czasami występuje niezdolność do kontroli reakcji fizjologicznych, np. moczenie się;<br>Objawy konwersyjne | Zwiększona podatność na problemy zdrowotne, która jest obserwowana również u dzieci z innymi zaburzeniami psychiatrycznymi;<br>Częstsze doświadczanie urazów (poparzeń, przypadkowych zatruć, skaleczeń, otarć, urazów głowy, wypadków drogowych podczas jazdy rowerem) |

| Objaw zaburzenia funkcjonowania | Przyczyny | |
|---|---|---|
| | w PTSD | w ADHD |
| Niska samoocena | Poczucie małej wartości poprzez doświadczenie niemocy swojej lub/i opiekuna;<br>Utrata poczucia omnipotencji;<br>Poczucie bezradności wobec sytuacji;<br>Wstyd, poczucie winy;<br>Niskie mniemanie o własnych zdolnościach | Efekt: braku osiągnięć, zewnętrznego umiejscowienia poczucia kontroli i braku poczucia własnej sprawczości problemów z planowaniem i niemożności kończenia zadań |
| Zmiany w świadomości | Amnezja lub hipermnezja;<br>Przejściowe stany dysocjacji aż do rozszczepienia osobowości i objawów psychotycznych (w skrajnych przypadkach mogą pojawić się omamy i urojenia);<br>Depersonalizacja/derealizacja;<br>Ru mi nacje przeżyć traumatycznych | Nie występują |

Źródło: opracowanie własne na podstawie: APA, 2013; Barkley, 2000, 2006; Borkowska, 2006; Braun, Heimke, Bock, 2009; Cuffe i in., 1994; Martinez i in., 2016; Perry i in., 1995; Pynoos, Nader, 1989; Terr, 1983; Weinstein, Staffelbach, Biaggio, 2000; Wolańczyk, Komender, 2007.

## Podsumowanie i wnioski

Czynników wspólnych dla obydwu zaburzeń jest wiele, niemniej jednak podstawową różnicę stanowi etiologia. W przypadku PTSD można się posłużyć cytatem: „Wszystkie urazy okresu dzieciństwa pochodzą z zewnątrz, żadne nie powstaje jedynie w umyśle dziecka [...] trauma rozpoczyna się zdarzeniem będącym poza dzieckiem, ale z chwilą tego zdarzenia mają miejsce różne wewnętrzne zmiany w samym dziecku" (Terr, 1995, s. 303). W przypadku A D H D możemy mówić o zmianach określonych obszarów układu nerwowego na poziomie strukturalnym i biochemicznym jako podstawowej przyczynie. Problem polega na tym, że rodzice, nauczyciele, czy wreszcie sami psychologowie i pedagodzy obserwują skutki, a nie przyczyny, stąd tak częste przypadki pomylonych diagnoz, nadinterpretacji, przeszacowywania lub niedoszacowywania objawów jednego i drugiego zaburzenia. Tymczasem niedoszacowanie traumy może być czynnikiem ryzyka dla wielu form zaburzeń w funkcjonowaniu osoby jej doświadczającej: poczucia osamotnienia i izolacji społecznej, poczucia krzywdy, zachowań autodestrukcyjnych, poczucia winy, utrwalania się zgeneralizowanych negatywnych schematów poznawczych i przekonań, nawiązywania więzi pozabezpieczonych, rozwoju i utrzymywania się zaburzeń zdrowia psychicznego i somatycznego, a także zespołu PTSD. Jest to szczególnie istotne w przypadku traumy dziecięcej.

Allen, J.G. (2005). *Coping with Trauma. Hope through Understanding.* Washington-London: American Psychatric Publishing Inc.

American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (wyd. 5). Washington, DC.

*Wystąpienie seksuologa, Prof. Zbigniewa Izdebskiego,* ***"Seksualna przemoc rówieśnicza"*** *opierało się na wcześniejszych badaniach i analizach, przedstawionych m.in. podczas V Kongresu Penitencjarnego, który odbył się w dniach 23-25 maja 2011 roku w Warszawie - Popowie, a opublikowanych w SŁUŻBIE WIĘZIENNEJ z 2015 r. Zgodnie z sugestią i za zgodą Profesora, poniżej przedstawiono część artykułu, noszącego tytuł: Postępowanie ze sprawcami przestępstw seksualnych. Rzeczywiste potrzeby i pozory działania., dotyczącą nieletnich sprawców przestępstw seksualnych.*

## Programy terapeutyczne dla nieletnich sprawców przemocy seksualnej

Zagadnienie nieletnich sprawców przemocy nie jest często podejmowanym zagadnieniem zarówno z punktu naukowego, jak i praktycznego i tym bardziej wymaga wytężonej pracy. Mimo prowadzonych na świecie od lat badań i szeregu danych, w Polsce temat wciąż jest nieobecny w dyskursie publicznym, potrzeby są palące. Zatem dlaczego konieczne jest wypracowanie sposobów wczesnego rozpoznawania i interwencji wobec nieletnich sprawców przemocy seksualnej? Co mówią nam dane z innych krajów?

Stany Zjednoczone:

- nieletni (13–17 lat) są sprawcami niemal 20% wszystkich przypadków zgwałceń i 50% przypadków wykorzystania seksualnego każdego roku (Barbaree, Hudson, Seto, 1993)[167]

Kanada:

- 20% wszystkich napaści seksualnych dokonanych jest przez młodzież (Mathews, 1987)[168]
- 60–80% dorosłych przestępców seksualnych rozpoczęło wykorzystywać seksualnie w okresie dorastania

---

[167] Barbaree, H., Hudson, S., Seto, M. 1993. *Sexual assault in society: the role of the juvenile offender*, [w:] Barbaree, H., Marshall, W., Hudson, S. (red.) *The juvenile sex offender*. The Guilford Press.

[168] Mathews, F. (1987) *Adolescent Sex Offenders: A Needs Study*, Toronto: Central Toronto Youth Services, s. 1–18.

- 42% pedofilów dokonało pierwszych aktów przemocy przed ukończeniem 12. roku życia
- Młodzież odpowiada za ok. 60% wszystkich aktów przemocy seksualnej wobec dzieci poniżej 12. roku życia
- Przeciętny nieletni przestępca seksualny może kontynuować przemoc seksualną, popełniając w ciągu całego życia 380 napaści seksualnych
- Leczenie nieletnich sprawców przemocy seksualnej jest skuteczne
- Leczenie nieletnich sprawców jest bardziej efektywne i mniej kosztowne niż leczenie sprawców dorosłych

(Abel, Mittleman i Becker 1985, Rubenstein, Yeager, Goodstein 1993, Bourke, Donohue 1996)[169] [170] [171]

Na początku XXI wieku nie istniały miarodajne badania oraz dane, które rzucałyby światło na skalę problemu w Polsce. Wynikiem zaobserwowanej potrzeby są badania autora przeprowadzone w 2004 roku[172].

Wśród wszystkich sprawców przemocy seksualnej 68% było zarazem ofiarą przemocy seksualnej. Najczęściej stosowane formy przemocy seksualnej to: dotykanie i pobudzanie innej osoby (84,9%), stosunek waginalny (22,5%), wymuszenie masturbowania sprawcy (14,2%), stosunek oralny (11,6%), stosunek analny (8,0%).

Ponad połowa sprawców przemocy seksualnej (51,3%) dopuściła się co najmniej 2 aktów wykorzystania seksualnego. Najczęściej ofiarą nieletnich sprawców przestępstw seksualnych jest osoba płci żeńskiej (83,4%). Istotnie częściej dochodzi do wykorzystania seksualnego o charakterze heteroseksualnym (91,4%).

Około 1/3 ofiar nieletnich sprawców to dzieci w wieku do 15. roku

---

[169] Abel, G.G., Mittelman, M.S., and Becker, J.V. 1985. *Sex offenders: Results of assessment and recommendations for treatment in clinical criminology.* In The Assessment and Treatment of Criminal Behavior, edited by M.H. Ben-Aron, S.J. Hucker, and C.D. Webster. Toronto, Canada: M and M Graphic, pp. 191–205.

[170] Rubenstein M., Yeager C.A., Goodstein C. 1993. *Sexually Assaultive Male Juveniles:* A Follow-Up American Journal of Psychiatry Volume:150 Issue:2 Dated:(February 1993) pp. 262–265

[171] Bourke M.L., Donohue B., (1996) *Assessment and treatment of juvenile sex offenders: An empirical review.* Journal of Child Sexual Abuse 5(1):47–70.

[172] Izdebski Z., (2004) Raport: *Baltic Sea Regional Study on Adolescent Sexuality.*

życia. Znacząco częściej są one wykorzystywane przez chłopców niż przez dziewczęta. Większość ofiar (65,4%) nieletnich sprawców to osoby w wieku od 16 do 24 lat.

Najczęściej (66,3%) sprawca dopuszczał się aktów przemocy seksualnej, nie będąc pod wpływem alkoholu, co może sugerować jego problemy z kontrolą impulsów seksualnych bądź kontrolą gniewu. Dziewczęta znacząco częściej (78%) niż chłopcy (64,2%) wykorzystywały seksualnie nie będąc pod wpływem alkoholu[173].

Etapy leczenia nieletnich przestępców seksualnych

1. Cele leczenia: przyjmowanie odpowiedzialności za własne zachowania, rozpoznawanie wzorca lub cyklu przemocy seksualnej i nauka sposobów jego przerywania, przepracowanie przemocy doznanej, wzbudzanie empatii wobec ofiary, redukcja dewiacyjnych wzorców pobudzenia seksualnego, rozwijanie pozytywnego obrazu własnej osoby, zrozumienie konsekwencji przemocy seksualnej, rozpoznawanie problemów rodzinnych związanych z przemocą seksualną, rozpoznawanie i przekształcanie zniekształceń poznawczych i racjonalizacji, które podtrzymują lub wywołują napaści seksualne, rozwijanie odpowiednich umiejętności społecznych, kontrola własnego zachowania, kontrola impulsów i strategie radzenia sobie z napięciem seksualnym i agresją, profilaktyka nawrotów: korekta zniekształceń w myśleniu, rozpoznawanie własnego cyklu przemocy seksualnej i czynników wyzwalających, określenie lokalnego systemu wsparcia oraz edukacja seksualna.

2. Formy leczenia: w Stanach Zjednoczonych w latach 90. istniało ok. 600 specjalistycznych programów leczenia nieletnich przestępców seksualnych.

- zamknięte – ponad 100 programów w roku 1991,
- otwarte – ok. 500 programów.

W Niemczech przestępcy seksualni nie są rejestrowani (po odbyciu kary nie mają obowiązku podania i aktualizowania swoich danych – imienia, nazwiska, miejsca pobytu etc.). Za popełnienie przestępstwa zgwałcenia sprawca otrzymuje karę w wysokości minimum 2 lat bez możliwości zawieszania.

---

[173] Ibidem.

Młodociani przestępcy seksualni skazani na wyrok pozbawienia wolności w wysokości przynajmniej 2 lat ze wskazaniem podjęcia leczenia umieszczani są w specjalnych placówkach i leczeni za pomocą socjoterapii.

Resocjalizacja młodocianych przestępców obejmuje działania mające na celu rozwój alternatywnych zachowań do zachowań przestępczych. Mają nauczyć się dostrzegania własnych potrzeb, organizacji ich otoczenia i przewidywania długotrwałych konsekwencji własnego postępowania. Kolejnym ważnym punktem jest nauczenie się i przestrzeganie norm społecznych.

Działania psychoterapeutyczne opierają się na podejściu poznawczo-behawioralnym i obejmują zajęcia grupowe i indywidualne.

Leczenie zamknięte nieletniego przestępcy seksualnego rekomenduje się (Bourke i Donohue 1996)[174], jeśli: sprawca popełnił liczne napaści seksualne i/lub miał więcej niż jedną ofiarę, w trakcie dokonywania przestępstwa seksualnego przejawiał również agresję fizyczną, kiedy sprawca przejawia poważne zaburzenia emocjonalne i w zachowaniu lub/i postawę antyspołeczną, wykazuje słabą motywację do leczenia, przejawia tendencje samobójcze lub myśli o zabójstwie, zagraża bezpieczeństwu osób w domu lub zamieszkuje razem ze swoją ofiarą.

3. Specyficzne potrzeby: jeśli podjęto decyzję o leczeniu nieletniego przestępcy seksualnego w placówce zamkniętej, należy szczegółowo określić warunki jego pobytu w placówce. W tym celu konieczne jest uwzględnienie potrzeb nieletniego oraz specyfiki dokonanych przez niego przestępstw seksualnych np. nieletni o wysokim poziomie agresywności, który popełniał przestępstwa seksualne w nocy na członkach rodziny nie jest odpowiednim kandydatem do placówki o niewielkim dozorze nocnym w sypialniach. Podobnie sprawca, który uciekał z poprzednich placówek nie powinien być leczony w ośrodku, w którym nie zamyka się drzwi na klucz i który ma niski poziom zabezpieczeń oraz dozoru.

4. Programy i metody leczenia: w tym zakresie rekomenduje się programy zawierające różnorodne metody leczenia (Bourke i Donohue, 1996)[175]. Leczenie nieletnich sprawców przemocy seksualnej obejmuje nie tylko techniki specyficzne dla tej kategorii przestępstw (np. restrukturyzacja zniekształceń

[174] Bourke M.L., Donohue B., (1996) *Assessment and treatment of juvenile sex offenders: An empirical review.* Journal of Child Sexual Abuse 5(1) s. 47–70.

[175] Ibidem.

poznawczych, redukcja dewiacyjnego wzorca pobudzenia seksualnego), lecz także techniki niespecyficzne, ważne dla profilaktyki ponownych przestępstw seksualnych (np. trening umiejętności społecznych, trening kontroli gniewu, radzenie sobie z własną wiktymizacją, terapia uzależnień).

Techniki specyficzne dla leczenia przestępców seksualnych:

- restrukturyzacja poznawcza (redukowanie zaprzeczeń, przyjmowanie odpowiedzialności, wzbudzanie empatii wobec ofiar),
- redukcja dewiacyjnych wzorców pobudzenia seksualnego (trening zaspokajania, utajona sensytyzacja, systematyczna desensytyzacja, farmakoterapia).

Techniki niespecyficzne w leczeniu przestępców seksualnych:

- trening umiejętności społecznych,
- trening kontroli gniewu,
- leczenie uzależnień od substancji psychoaktywnych,
- trening radzenia sobie z doświadczeniami przemocy doznanej,
- profilaktyka nawrotów.

Rodzaje terapii:

- terapia grupowa,
- indywidualna psychoterapia,
- terapia rodziny,
- terapia wielosystemowa (MST).

Recydywa nieletnich przestępców seksualnych:

- poziom recydywy wykorzystywany jako wyznacznik skuteczności leczenia nieletnich przestępców seksualnych,
- średni poziom recydywy wynosi 10%,
- znacznie wyższy poziom recydywy pozaseksualnej wśród nieletnich sprawców przemocy seksualnej.

Skuteczność terapii na podstawie metaanalizy Halla[176]:

---

[176] Hall G.C.N., (1995) *Sex offender recidivism revisited: A meta-analysis of recent treatment studies.* Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63 (5), s. 802–809.

- na stu nieletnich przestępców seksualnych w grupie objętych terapią było o ośmiu mniej recydywistów niż w grupie nieleczonych,
- najniższy poziom recydywy był wśród nieletnich sprawców objętych terapią poznawczo-behawioralną i farmakoterapią, jednak leczenie farmakologiczne charakteryzował o wiele wyższy poziom drop-outów (przerwanie leczenia).

Oprócz tego praca ze sprawcami nastręcza wiele trudności np. seksualizacja przemocy rówieśniczej: (Internet, telefony komórkowe). Przemoc seksualna wobec dziecka jako częsty argument w sprawach rozwodowych, brak zintegrowanego systemu pomocy ofiarom i sprawcom przemocy seksualnej, brak przyjaznych miejsc do przesłuchiwania ofiar przemocy seksualnej jak i kadry psychologicznej oraz niewydolny system pracy ze sprawcami przemocy seksualnej.

## *SYMPTOMY TRAUM W ZACHOWANIU DZIECI PRZYSPOSABIANYCH*

Mgr Lucyna Hoffmann-Czyżyk, psycholog, psychotraumatolog

*Przeprowadziłam cykl rozmów z rodzinami zastępczymi i adopcyjnymi, które nagrałam. Z fragmentów ich wypowiedzi powstały krótkie filmy, które obrazują objawy traumy u dzieci.*

*Cztery rodziny zastępcze, o charakterze pogotowia rodzinnego, które udzieliły wywiadu, opowiadając o swoich obserwacjach dzieci, przedstawiły tych wychowanków, którzy najbardziej utkwili im w pamięci. Dzieci, zdradzających symptomy PTSD i zaburzeń więzi, było znacznie więcej.*

*Dwie rodziny adopcyjne, z którymi rozmawiałam, miały różne doświadczenia z relacji z dziećmi, inaczej układały się im ścieżki życia. W inny sposób spostrzegały swoje dzieci. Jedno było wspólne: dla żadnego dziecka pobyt w pieczy zastępczej a wcześniej doświadczanie traum, wynikających z zaniedbań rodzin biologicznych, nie pozostaje bez wpływu na ich funkcjonowanie.*

*Pięć filmów, nagranych z fragmentów wypowiedzi rodzin zastępczych i adopcyjnych, nosiły nazwy:*

- *HISTORIE – przedstawiono w nich losy kilkorga dzieci, które albo trafiły do pieczy zastępczej, albo zostały przysposobione,*
- *SYMPTOMY – wyróżniono następujące symptomy: pobudzenie, w tym koszmary senne, unikanie, dysocjacja, wycofanie społeczne, zaburzenia koncentracji uwagi,*
- *TRAUMY – przedstawiono następujące traumy: molestowanie seksualne, skrajne zaniedbanie, wielokrotna zmiana środowiska, wielokrotne odrzucenie przez osoby znaczące,*
- *NADZIEJA – nadzieję na prawidłowy rozwój dzieci, przebywających w pieczy zastępczej, wg opiekunów, daje adekwatna diagnoza, niwelowanie ich opóźnień przez specjalistyczne terapie, pracę z dzieckiem, a przede wszystkim ustabilizowanie ich sytuacji życiowej np. poprzez adopcję.*
- *PRZESŁANIE – bycie rodzicem zastępczym daje satysfakcję, ale wymaga otwartości i zaangażowania, rodzi przywiązanie. Zdaniem rodzin zastępczych zbyt późno dzieci są umieszczane w pieczy zastępczej i zbyt łatwo wracają do rodzin biologicznych.*

***Pragnę podziękować rodzinom zastępczym: Państwu Jolancie i Zbigniewowi Prońko, Weronice i Markowi Przybylskim, Danucie i Bogdanowi Ambrożkiewiczom, Jadwidze i Arturowi Górskim,***

***I Rodzinom adopcyjnym***

***za podzielenie się swoimi doświadczeniami,***

***Pawłowi Gadomskiemu za montaż.***

# „Przestępstwa wobec dzieci w świetle działań Komendy Powiatowej Policji w Żarach”

*Jak to wygląda na bazie statystyk w KPP Żary ( okres 01.01- 1.09.2018r.):*

***-art.190a*** **§2 kk- stalking.** Przestępstwo stalkingu może być popełnione na dwa sposoby. Poprzez **uporczywe nękanie** innej osoby **(art. 190a §1kk)** lub poprzez podszywanie się pod nią **(art. 190a §2kk)**

**-art. 190a §2kk- 1 osoba, wiek pokrzywdzonego 14 lat**

**-art. 190 §1kk- groźba karalna- 4 osoby, wiek pokrzywdzonych 12,13, 14, 17 lat**

*§ 1- kto grozi innej osobie popełnieniem przestępstwa na jej szkodę lub szkodę osoby najbliższej, jeżeli groźba wzbudza w zagrożonym uzasadnioną obawę, ze będzie spełniona, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2. Ściganie następuje na wniosek pokrzywdzonego.*

**- art. 191 §1kk- 1 osoba, wiek pokrzywdzonego 15 lat**

***Zmuszanie do określonego zachowania, zaniechania lub znoszenia***

*§ 1 - kto stosuje przemoc wobec osoby lub groźbę bezprawna w celu zmuszenia innej osoby do określonego działania, zaniechania lub znoszenia podlega karze pozbawienia wolności do lat 3*

**- art. 200§1kk- 2 osoby, wiek pokrzywdzonych 14, 16 lat**

*§ 1. Kto obcuje płciowo z małoletnim poniżej lat 15 lub dopuszcza się wobec takiej osoby innej czynności seksualnej lub doprowadza ją do poddania się takim czynnościom albo do ich wykonania, podlega karze pozbawienia wolności od lat 2 do 12.*

**- art. 200a§2 kk- 1 osoba, wiek pokrzywdzonego 12 lat**

*§ 2. Kto za pośrednictwem systemu teleinformatycznego lub sieci telekomunikacyjnej małoletniemu poniżej lat 15 składa propozycję obcowania płciowego, poddania się lub wykonania innej czynności seksualnej lub udziału w produkowaniu lub utrwalaniu treści pornograficznych, i zmierza do jej realizacji, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.*

**- art. 207§1kk- 7 osób, wiek pokrzywdzonych 2, 4, 5, 7, 14, 17 lat**

*§ **1**. Kto znęca się fizycznie lub psychicznie nad osobą najbliższą lub nad inną osobą pozostającą w stałym lub przemijającym stosunku zależności od sprawcy albo nad małoletnim lub osobą nieporadną ze względu na jej stan psychiczny lub fizyczny, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.*

**- art. 207§1a kk- 1 osoba, wiek pokrzywdzonego 11 lat**

*§ 1a. Kto znęca się fizycznie lub psychicznie nad osobą nieporadną ze względu na jej wiek, stan psychiczny lub fizyczny, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.*

**- art. 286§2 kk- 1 osoba, wiek pokrzywdzonego 15 lat**

*§ 1. Kto, w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzenia własnym lub cudzym mieniem za pomocą wprowadzenia jej w błąd albo wyzyskania błędu lub niezdolności do należytego pojmowania przedsiębranego działania, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.*

*§ 2. Tej samej karze podlega, kto żąda korzyści majątkowej w zamian za zwrot bezprawnie zabranej rzeczy.*

**art. 209§1kk- 1 osoba, wiek pokrzywdzonego 16 lat**

*§ 1. Kto uchyla się od wykonania obowiązku alimentacyjnego określonego co do wysokości orzeczeniem sądowym, ugodą zawartą przed sądem albo innym organem albo inną umową, jeżeli łączna wysokość powstałych wskutek tego zaległości stanowi równowartość co najmniej 3 świadczeń okresowych albo jeżeli opóźnienie zaległego świadczenia innego niż okresowe wynosi co najmniej 3 miesiące, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.*

**art. 217§1kk- 1 osoba, wiek pokrzywdzonego 7 lat**

*§ 1. Kto uderza człowieka lub w inny sposób narusza jego nietykalność cielesną, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do 1 roku.*

**art. 280§1kk- 1 osoba, wiek pokrzywdzonego 17 lat**

*§ 1. Kto kradnie, używając przemocy wobec osoby lub grożąc natychmiastowym jej użyciem albo doprowadzając człowieka do stanu nieprzytomności lub bezbronności, podlega karze pozbawienia wolności od lat 2 do 12.*

**art. 281 kk- 1 osoba, wiek pokrzywdzonego 17 lat**

*Kto, w celu utrzymania się w posiadaniu zabranej rzeczy, bezpośrednio po dokonaniu kradzieży, używa przemocy wobec osoby lub grozi natychmiastowym jej użyciem albo doprowadza człowieka do stanu nieprzytomności lub bezbronności, podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.*

**art. 267§1kk- 1 osoba, wiek pokrzywdzonego 16 lat**

*§ 1. Kto bez uprawnienia uzyskuje dostęp do informacji dla niego nieprzeznaczonej, otwierając zamknięte pismo, podłączając się do sieci telekomunikacyjnej lub przełamując albo omijając elektroniczne, magnetyczne, informatyczne lub inne szczególne zabezpieczenia podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.*

**art. 278§1kk- 1 osoba, wiek pokrzywdzonego 17 lat**

*§ 1. Kto zabiera w celu przywłaszczenia cudzą rzecz ruchomą, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.*

**art. 177§1kk- 3 osoby, wiek pokrzywdzonych 11,12,15 lat**

*§ 1. Kto, naruszając, chociażby nieumyślnie, zasady bezpieczeństwa w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym, powoduje nieumyślnie wypadek, w którym inna osoba odniosła obrażenia ciała określone w **art. 157** spowodowanie średniego i lekkiego uszczerbku na zdrowiu § 1,podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.*

**art. 157§1kk- 1 osoba, wiek pokrzywdzonego 13 lat**

*§ 1. Kto powoduje naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia, inny niż określony w art. 156 § 1, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat.*

**art. 157§2 kk- 2 osoby, wiek pokrzywdzonych 11,14 lat**

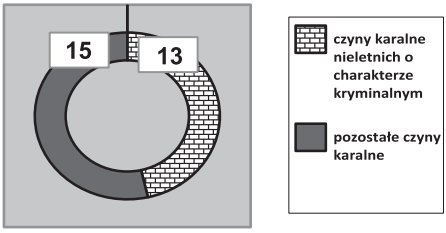
*§ 2. Kto powoduje naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia, trwający nie dłużej niż 7 dni, podlega karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do 2 lat.*

**Przestępczość w powiecie żarskim, w tym czyny popełniane przez nieletnich**

W 2018r. (I półrocze) na terenie powiatu żarskiego policjanci stwierdzili 934 przestępstwa oraz ujawnili 502 podejrzanych (w 2017r.- 471), wśród których 12 to nieletni (w 2017r.- 15) sprawcy czynów karalnych, którym udowodniono popełnienie 15 czynów (w 2017r.- 41).

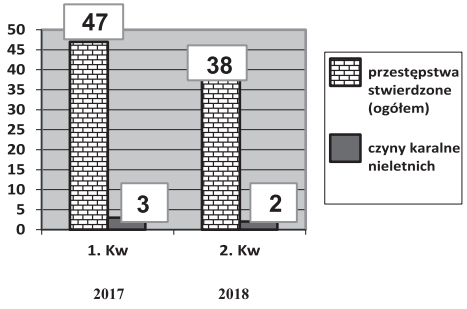
W analizowanym okresie w skali powiatu żarskiego odnotowano 671 przestępstw kryminalnych stwierdzonych ogółem (liczba ta zwiększyła się o 59 w porównaniu z analogicznym okresem 2017r.). W 2018r. nieletni dokonali 13 czynów karalnych, które stanowiły 1,9% ogólnej liczby przestępstw stwierdzonych w tej kategorii. Z analizy wynika, iż w I półroczu 2018r. w porównaniu do I półrocza 2017r. liczba czynów karalnych nieletnich zmalała o 24 czyli 40,6%. W ogólnej liczbie przestępstw, te o charakterze kryminalnym, stanowiły 72%. Należy podkreślić, ze wśród ogółu czynów karalnych nieletnich wyczerpujących znamiona przestępstwa, te o charakterze kryminalnym, czyli takie, których ciężar gatunkowy jest znaczny, stanowiły 86,6%.

***Udział czynów karalnych nieletnich o charakterze kryminalnym w ogólnej liczbie czynów karalnych nieletnich w 2018r. (I półrocze)***



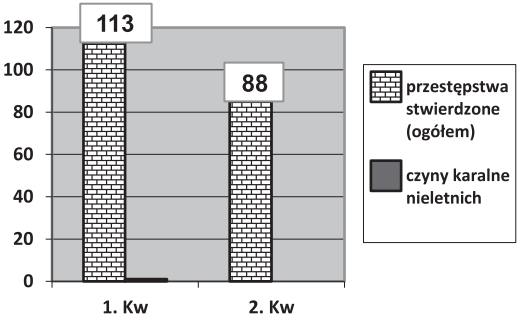

W 2018r. (I półrocze) nieletni popełnili 4 czyny karalne w kategorii kradzież z włamaniem, co stanowiło 3,6% ogółu stwierdzonych przestępstw w tej kategorii, a zarazem 26,7% ogólnej liczby czynów karalnych nieletnich. Biorąc pod uwagę liczby w 2018r. w porównaniu z 2017r. (I półrocze) odnotowano wzrost o 3 czyny, tj. 12 %.

***Udział czynów karalnych nieletnich w ogólnej liczbie przestępstw stwierdzonych w kategorii uszkodzenie mienia w latach 2017-2018 (I półrocze)***



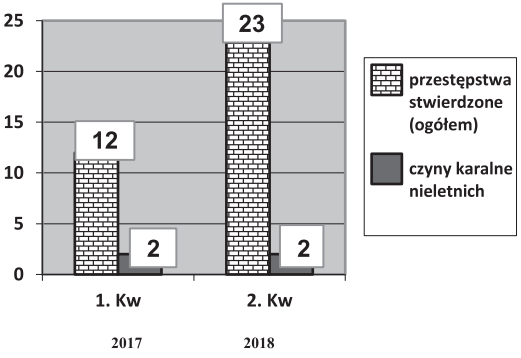
W 2018r. (I półrocze) nieletni popełnili 2 czyny karalne w kategorii uszkodzenie mienia, co stanowiło 5,2% stwierdzonych przestępstw w tej kategorii, a zarazem 13,3% ogólnej liczby czynów karalnych nieletnich. W porównaniu z 2017r. (I półrocze) odnotowano spadek o 1 czyn, tj. o 33,3%.

***Udział czynów karalnych nieletnich w ogólnej liczbie przestępstw stwierdzonych w kategorii prowadzenie pojazdu w stanie nietrzeźwości w latach 2017-2018 (I półrocze)***



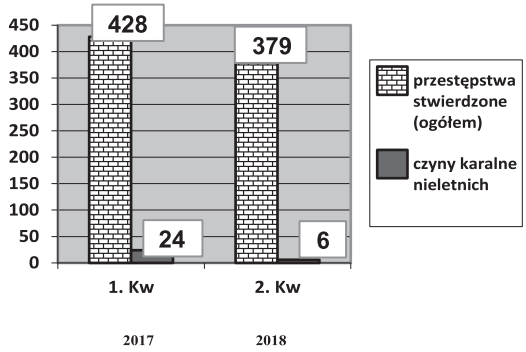

W 2018r. (I półrocze) nieletni nie popełnili czynów karalnych w kategorii prowadzenie pojazdu w stanie nietrzeźwości, w porównaniu z 2017r. (I półrocze) odnotowano spadek o 1 czyn, tj. 100 %.

***Udział czynów karalnych nieletnich w ogólnej liczbie przestępstw stwierdzonych w kategorii uszczerbek na zdrowiu w latach 2017-2018 (I półrocze)***



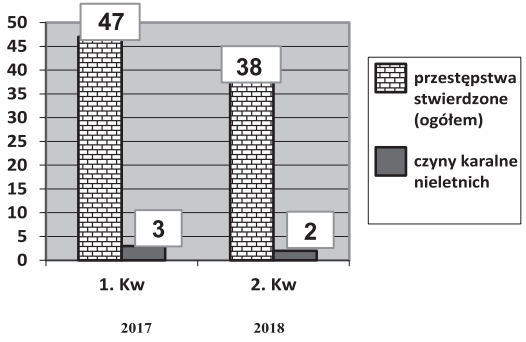

W 2018r. (I półrocze) nieletni popełnili 2 czyny karalne w kategorii uszczerbek na zdrowiu, co stanowiło 8,7% stwierdzonych przestępstw w tej kategorii, a zarazem 13,3% ogólnej liczby czynów karalnych nieletnich. W porównaniu z 2017r. (I półrocze) udział czynów karalnych utrzymuje się na tym samym poziomie.

***Udział czynów karalnych nieletnich w ogólnej liczbie przestępstw stwierdzonych w kategorii przestępstwa przeciwko mieniu w latach 2017-2018 (I półrocze)***




W analizowanym okresie w skali powiatu żarskiego odnotowano 379 przestępstw stwierdzonych ogółem (liczba zmniejszyła się o 49 w porównaniu z analogicznym okresem 2017r.). W 2018r. nieletni dokonali 6 czynów karalnych, które stanowiły 1,58% ogólnej liczby przestępstw stwierdzonych w tej kategorii. Z analizy wynika, iż w 2018r. w porównaniu do 2017r. liczba czynów karalnych zmalała o 18 czyli o 36,7%.

***Udział czynów karalnych nieletnich w ogólnej liczbie przestępstw stwierdzonych w kategorii uszkodzenie rzeczy w latach 2017-2018 (I półrocze)***




W 2018r. (I półrocze) nieletni popełnili 2 czyny karalne w kategorii uszkodzenie mienia, co stanowiło 5,26% stwierdzonych przestępstw w tej kategorii, a zarazem 13,3% ogólnej liczby czynów karalnych nieletnich. W porównaniu z 2017r. (I półrocze) zmalała liczba czynów karalnych o 1, tj. 11,11%.

Wśród podejmowanych przedsięwzięć na rzecz przeciwdziałania demoralizacji i przestępczości nieletnich policjanci kierowali wnioski i zawiadomienia do instytucji i organizacji, których ustawowym bądź statusowym celem działania jest szeroko rozumiane dobro dziecka. Przede wszystkim sprawy kierowane były do sądów rodzinnych- **78** (2017-107), , ponadto zawiadomiono inne instytucje i organizacje-**1** (2017-6).

| Wyszczególnienie | | | KPP ŻARY liczba | | KP LUBSKO liczba | | PP TRZEBIEL liczba | | PP ŁĘKNICA liczba | | PP PRZEWÓZ liczba | | **SUMA** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | **2017** | **2018** | **2017** | **2018** | **2017** | **2018** | **2017** | **2018** | **2017** | **2018** | **2017** | **2018** |
| Wnioski, zawiadomienia, interwencje skierowane do instytucji organizacji | z tego do: | sądów rodzinnych | 84 | 45 | 16 | 32 | 6 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 107 | 78 |
| | | szkół i innych placówek oświaty i wychowania | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | służby zdrowia i opieki społecznej | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | poradni wszelkich typów | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | innych instytucji i organizacji | 3 | 1 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 1 |
| Ujawnieni nieletni: | pod wpływem narkotyków | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | pod wpływem alkoholu | | 19 | 13 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 19 | 14 |
| | członkowie subkultur młodzieżowych | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | uciekinierzy z: | domów rodzinnych | 5 | 4 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 5 |
| | | placówek opiekuńczo-wychowawczych, Młodzieżowych Ośrodków Wychowawczych, Młodzieżowych Ośrodków Socjoterapeutycznych | 8 | 2 | 4 | 7 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 13 | 9 |
| | | schronisk dla nieletnich i zakładów poprawczych | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 |
| | prostytuujący się: | dziewczęta | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | chłopcy | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Spotkania z młodzieżą | | | 155 | 120 | 284 | 159 | 49 | 78 | 31 | 86 | 29 | 25 | **548** | **468** |
| Spotkania z pedagogami | | | 70 | 63 | 13 | 0 | 24 | 28 | 21 | 6 | 18 | 16 | **146** | **113** |

**Działania prewencyjne ( profilaktyczne) KPP Żary:**

*Poniżej przedstawiam w formie tabelarycznej ilość uczniów uczestniczących w programach profilaktycznych „LUPO" i „Wspólnie dbamy o bezpieczeństwo" w 2018r. (I-IX 2018r.)*

| L.p. | Nazwa programu | liczba spotkań/liczba uczniów | liczba spotkań/liczba rodziców | liczba nauczycieli | Razem |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | „LUPO"– klasy I-VII | **48/5043** | **0** | **164** | 5207 |
| 2 | **„Wspólnie dbamy o bezpieczeństwo" („Bezpieczne Gimnazjum" )** | **24/1373** | **6/113** | **175** | 1661 |
| | klasy II -III | | | | |

**Spotkania w szkołach przed feriami zimowymi 2018 (powiat żarski):154**

**Spotkania w szkołach średnich nt. „Zapobieganie handlu ludźmi" ( i półrocze 2018); 23**, w tym :

- w zasadniczych szkołach zawodowych:5
- w liceach ogólnokształcących:9
-w technikach:8
- w innych( klasy gimnazjalne):1

Liczba szkół objętych w/w działaniami :12, w tym:
-zasadnicze szkoły zwodowe:3
-licea ogólnokształcące:5
-technika:5
-inne:1
Spotkania w szkołach średnich nt. „Dopalam się sobą”:
- liczba spotkań:23
-liczba objętych szkół:12
- liczba uczniów:795

Nadmieniam, ze w/w zajęcuia profilaktyczne zapobiegające demoralizavji i przestępczości nieletnich nie obejmują wszystkich działań KPP Żary

Wykonała;
S.Tyburska
Wydział Prewencji
Komenda Powiatowa Policji w Żarach

## Notatki

## Notatki

**Lubuski Ruch na Rzecz Kobiet i Rodziny ŻAR w Żarach**

***„Wychowywać mądrze i świadomie”***
***Kampania informacyjna w zakresie praw, sytuacji oraz potrzeb osób – dzieci, pokrzywdzonych przestępstwem i zapobieganiu przestępczości wobec dzieci.***

# Konferencja

# Barwy Dzieciństwa

## 23 listopada 2018 r.

## Żary, ul. Rynek 1, Ratusz, Sala konferencyjna

| Program | |
|---|---|
| 8.15 – 8.45 | Rejestracja uczestników |
| 9.00 – 9.15 | Otwarcie konferencji i *Wprowadzenie w problematykę przestępstw wobec dzieci*<br>Lucyna Hoffmann-Czyżyk,<br>Prezes Lubuskiego Ruchu na Rzecz Kobiet i Rodziny „Żar” |
| 9.15 – 10.30 | ***Skutki doświadczeń traumatycznych dla rozwoju dziecka***<br>Dr Ewa Odachowska, psycholog, psychotraumatolog |
| 10.30 – 11.45 | ***Seksualna przemoc rówieśnicza***<br>Prof. Zbigniew Izdebski, seksuolog |
| 11.45 – 12.00 | Przerwa kawowa |
| 12.00 – 12.30 | ***Przemoc wobec dzieci, zaniedbanie, w praktyce Sądu Rodzinnego***<br>Prezes Sądu Rejonowego w Żarach, Joanna Nawrot |
| 12.30 – 13.00 | ***Symptomy traum w zachowaniu dzieci przysposabianych***<br>Mgr Lucyna Hoffmann-Czyżyk, psycholog, psychotraumatolog |
| 13.00 – 13.30 | ***Rozpoznawanie symptomów krzywdzenia dzieci w praktyce lekarskiej***<br>Lek. med. Rafał Kołsut, Ordynator Oddziału Pediatrycznego „Szpitala na Wyspie” w Żarach, pediatra |
| 14.00 – 14.30 | ***Przestępstwa wobec dzieci w świetle działań Komendy Powiatowej Policji w Żarach***<br>Sylwia Tyburska, KPP Zespół ds. profilaktyki społecznej, nieletnich i patologii |
| 14.30 – 15.00 | Poczęstunek |
| 15.00 – 15.15 | Zakończenie Konferencji |

MINISTERSTWO SPRAWIEDLIWOŚCI
www.ms.gov.pl

FUNDUSZ SPRAWIEDLIWOŚCI

*Współfinansowano ze środków Funduszu Sprawiedliwości, którego dysponentem jest Minister Sprawiedliwości*