

OPIEKA ZASTĘPCZA UWZGLĘDNIAJĄCA WIEDZĘ O TRAUMIE JAK OPIEKOWAĆ SIĘ DZIECKIEM Z DOŚWIADCZENIEM TRAUMY



SOS WIOSKI
DZIECIĘCE



Publikacja została opracowana w ramach międzynarodowego projektu
Trauma-informed Caregivers – Investment to a Better Child Development
współfinansowanego przez Nordic Council of Ministers

SPIS TREŚCI

I. Co wiemy o traumie.....	4
II. Dziecko z doświadczeniem traumy w opiece zastępczej.....	17
III. Aneks.....	27
IV. Warto przeczytać.....	31
V. Bibliografia.....	32

AUTORZY

Beata Kulig, Stowarzyszenie SOS Wioski Dziecięce w Polsce

Tomasz Saj, Stowarzyszenie SOS Wioski Dziecięce w Polsce

REDAKCJA

Aleksandra Sikorska, Stowarzyszenie SOS Wioski Dziecięce w Polsce

KONSULTACJE

Monika Zarzeczna, Stowarzyszenie SOS Wioski Dziecięce w Polsce

Ľuboš Tibenský, SOS Children's Villages International

Harald Øhrn, Kirkens Bymisjon, Robust

Petter Jacobsen, Kirkens Bymisjon, Robust

Alesia Charniauskaja, SOS Children's Villages Belarus

Dace Beinare, SOS Children's Villages Latvia

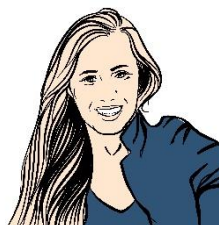
KOORDYNACJA PROJEKTU

dr Eliza Ostojka, Stowarzyszenie SOS Wioski Dziecięce w Polsce

RYSUNKI

Marcin Kułakowski

NOTKI O AUTORACH



Beata Kulig – od 10 lat pracuje w Stowarzyszeniu SOS Wioski Dziecięce w Polsce, gdzie odpowiada za projekty rzecznicze oraz Politykę Ochrony Dziecka. Trenerka, członkini Zespołu Trenerów Koalicji na rzecz Rodzinnej Opieki Zastępczej. Prowadzi szkolenia rodziców i opiekunów zastępczych, nauczycieli, pracowników opieki społecznej i kuratorów sądowych podejmujące tematykę traumy i wspierania osób jej doświadczających.



Tomasz Saj – pedagog, psychoprofilaktyk i trener. Od ponad 25 lat pracuje w Stowarzyszeniu SOS Wioski Dziecięce w Polsce – obecnie pełni funkcję doradcy ds. rodzinnej opieki zastępczej. Szkolił się m. in. w systemowej terapii rodzin. Jego zainteresowania oraz rozwój zawodowy koncentrują się na zagadnieniu traumy oraz holistycznym podejściu do wspierania osób, które jej doświadczyły. W tym zakresie prowadzi szkolenia, dotychczas z udziałem głównie nauczycieli, a także kuratorów sądowych, opiekunów zastępczych i pracowników opieki społecznej. Jest członkiem Polskiego Stowarzyszenia TRE® (Tension & Trauma Release Exercises) oraz praktykiem QEC (Quantum Energy Coaching)



Drodzy Opiekunowie i Wychowawcy,

Budowanie relacji i opieka nad dzieckiem, które doświadczyło zranień i zerwania więzi niesie za sobą szczególne wyzwania: zaskakujące reakcje dzieci na przyjazne zachowania dorosłych, lęk, agresję, ciągłe próby tłumaczenia otoczeniu, dlaczego dziecko potrzebuje indywidualnego podejścia. Codzienne wysiłki nie przynoszą rezultatów od razu, a opiekun często ma wrażenie, że im bardziej zbliża się do dziecka, tym silniej ono broni się przed bliskością i nie daje sobie pomóc. W podtrzymywaniu motywacji, by nie ustawać w wysiłkach, pomaga dogłębne zrozumienie przyczyn trudnych zachowań i emocji Waszych podopiecznych i profesjonalne narzędzia do pracy z dziećmi z doświadczeniem traumy. Kluczowe jest również budowanie i utrzymywanie wokół siebie sieci wsparcia, składającej się z profesjonalistów i osób bliskich, tak by dbając o właściwe zaspokojenie potrzeb dziecka, pamiętać o własnych potrzebach i regeneracji swoich zasobów.

Wiemy, że Wasza wiedza i doświadczenie we wspieraniu dzieci z trudnych miejsc jest ogromna i że stale szukacie możliwości jej pogłębienia i usystematyzowania. Projekt, w ramach którego powstała ta broszura, służy poszerzeniu wiedzy i kompetencji opiekunów zastępczych, specjalistów i nauczycieli w obszarze pracy z dziećmi z doświadczeniem traumy. Korzystamy z Waszych doświadczeń i dobrych praktyk oraz szukamy nowych, skutecznych sposobów pomocy dzieciom w opiece zastępczej. Wierzimy, że informacje i narzędzia zgromadzone w tej broszurze staną się pomocne dla Was i możliwe do przekazania innym osobom, które razem z Wami tworzą system pomocy zranionym dzieciom.

Autorzy

I. CO WIEMY O TRAUMIE

1. Trauma złożona – co to takiego?

Większość dzieci, które trafiają do pieczy zastępczej, doświadczyło w swoim życiu traumatycznych zdarzeń. Wpływ traumy na ich życie, jak też życie rodzin, z których pochodzą, jest długotrwały i różnorodny. Dlatego opiekunowie zastępczy powinni rozumieć, jakie skutki w życiu dzieci wywołują zdarzenia traumatyczne oraz potrafić identyfikować potrzeby dzieci wynikające z doświadczenia tych zdarzeń, tak, aby móc je adekwatnie wesprzeć. Doświadczenia traumatyczne są udziałem nie tylko dzieci umieszczonych w pieczy zastępczej. Według polskich badań aż 41% dzieci w wieku 11-17 lat doświadczyło przemocy ze strony bliskiej osoby¹, a wg amerykańskiej The National Child Traumatic Stress Network (NCTSN)², zdarzeń traumatycznych doświadczyła aż jedna czwarta wszystkich uczniów³.

O traumie możemy mówić, gdy dziecko doświadcza lub jest świadkiem zdarzeń, które postrzega jako zagrażające jego życiu i zdrowiu⁴ lub życiu i zdrowiu najbliższych mu osób, jak np. rodzice oraz rodzeństwo. Zdarzenie takie jest dla dziecka przytłaczające, nie umie ono emocjonalnie sobie z nim poradzić. Jest ono źródłem stresu, poczucia bezradności i przerażenia. W efekcie dziecko może zacząć zachowywać się w sposób zdeorganizowany, nieprzewidywalny bądź być silnie poruszone. Do traumatyzujących dla dziecka zdarzeń można zaliczyć:

- ✓ różne formy wykorzystania, zwłaszcza wykorzystanie seksualne i przemoc fizyczną;
- ✓ bycie świadkiem przemocy domowej;
- ✓ zaniedbywanie dziecka;
- ✓ porzucenie dziecka;
- ✓ utratę zaufania dziecka do opiekuna, kiedy to opiekun jest sprawcą nadużyć;
- ✓ przemoc w środowisku lokalnym, w tym przemoc w szkole, np. bycie ofiarą bądź świadkiem znęcania się w środowisku rówieśniczym;

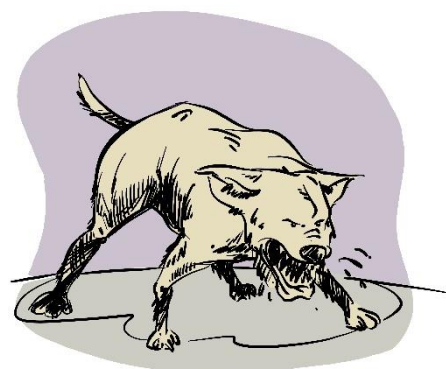
- ✓ konieczność poddania się bolesnym badaniom lekarskim oraz interwencjom medycznym;
- ✓ rozłąkę z opiekunem, wynikającą z hospitalizacji i inwazyjnych zabiegów medycznych (w tym przedwczesny poród, zakończony umieszczeniem w inkubatorze czyli izolacją od opiekuna);
- ✓ zagrożenie życia, wynikające z poważnej choroby;
- ✓ śmierć lub utratę osoby, którą dziecko kochało;

- ✓ udział w wypadku, np. drogowym;
- ✓ katastrofy naturalne zagrażające życiu, np. powódź;
- ✓ akty terroru.

Typy traumy⁵:

Trauma ostra

Trauma ostra to pojedyncze zdarzenie traumatyczne, które jest ograniczone w czasie, np. udział w wypadku drogowym, akt terroru, katastrofa naturalna, gwałt, pogryzienie przez psa. Zdarzenia te mogą wywołać u dziecka rozmaite, skomplikowane odczucia, myśli, reakcje fizyczne, te zaś mogą ulegać gwałtownym zmianom, wynikającym z powtarzającej się oceny poczucia zagrożenia i bezpieczeństwa. W trakcie rozwoju sytuacji dziecko zalewają przytłaczające emocje, pojawiają się niespodziewane reakcje fizyczne, które nakładają się na strach i poczucie przytłoczenia.



¹ *Ogólnopolska diagnoza skali i uwarunkowań krzywdzenia dzieci*, badanie zrealizowane na próbie reprezentatywnej dzieci w wieku 11-17 lat, w roku 2018, więcej: <https://diagnozakrzywdzenia.pl/>.

² Krajowa sieć na rzecz dzieci w stresie pourazowym.

³ *Child Trauma Toolkit for Educators*, NCTSN, Los Angeles, 2008, więcej: www.NCTSN.org.

⁴ Np. uszkodzenia ciała prowadzące do niepełnosprawności lub choroba prowadząca do śmierci.

⁵ Klasyfikację traumy przytaczamy za NCTSN według opracowania *Child Welfare Training Toolkit: Comprehensive Guide*, NCTSN, 2013.

Trauma chroniczna

Termin ten jest używany w odniesieniu do sytuacji, w której dziecko doświadcza wielu następujących po sobie zdarzeń traumatycznych, np. jest narażone na przemoc domową, znęcanie się, które dotyka go w środowisku rówieśniczym, przemoc w lokalnej społeczności. Skutki traumy chronicznej kumulują się, a każde kolejne zdarzenie traumatyczne przypomina dziecku o poprzednim i wzmacnia jego destrukcyjny wpływ. Z każdym kolejnym zdarzeniem dziecko nabiera pewności, że świat jest zagrażającym miejscem. Z czasem dziecko doświadczające powtarzającego się przytłoczenia emocjonalnego staje się coraz bardziej wrażliwe i gorzej znosi stresy codziennego życia.



Trauma złożona (relacyjna)⁶

To termin używany, by opisać narażenie na traumę chroniczną, w przypadku której osobami odpowiedzialnymi za zaniedbania i sprawcami krzywdzenia oraz nadużyć są przede wszystkim rodzice lub opiekunowie (najczęściej sami doświadczający w dzieciństwie własnych traum). Złożona trauma obejmuje również wpływ traumy chronicznej, jej krótko- i długoterminowe konsekwencje w życiu dziecka. Dzieci, które od najwcześniejszego dzieciństwa doświadczyły wielorakich relacyjnych zdarzeń traumatycznych, takich jak przemoc fizyczna, wykorzystanie seksualne, zaniedbanie, są ofiarami traumy złożonej.

Zaniedbanie jako trauma

Zaniedbanie to takie działanie opiekuna, najczęściej rodzica, które skutkuje zaniechaniem bądź nieodpowiednią i niewystarczającą opieką w zakresie zaspokojenia potrzeb fizycznych, medycznych, edukacyjnych i emocjonalnych. Zaniedbanie jest najczęściej występującą formą krzywdzenia, a jego skutki mają dalekosiężne konsekwencje dla rozwoju dziecka. Szczególnie niemowlęta i małe dzieci doświadczając zaniedbania mogą odczuwać bezpośrednie zagrożenie życia, jako że w tym wieku są całkowicie zależne od opiekunów i to od ich zabiegów oraz wysiłków zależy biologiczne przetrwanie dziecka. Zaniedbywanie należy rozpoznawać jako formę traumy złożonej. Zaniedbanie często towarzyszy innym formom wykorzystania dziecka, niekorzystnym warunkom życia w skrajnie ubogim środowisku czy uzależnieniu opiekunów.

Opiekunowie i rodzice zastępczy powinni przyjąć, że w przeszłości wielu ich podopiecznych doświadczyło chronicznej i złożonej traumy w swoich środowiskach, a jednocześnie pozbawionych było kojącego wpływu wspierającego opiekuna. Dlatego wychowując i pracując z dziećmi z trudnych środowisk, zamiast skupiać się na poszczególnych zachowaniach dziecka, należy raczej dążyć do poznania jego złożonej historii i zrozumienia wpływu zdarzeń traumatycznych, których doświadczyło, na jego aktualną sytuację.

Uwaga: Dziecko, które doświadczyło szeregu przerażających zdarzeń, wzrastając w środowisku, które zaniedbywało jego potrzeby i dopuszczało nadużycia, nawet po zmianie miejsca zamieszkania może przeżywać stres pourazowy.

Dziecięcy stres pourazowy

Dziecięcy stres pourazowy⁷ odnosi się do emocjonalnej i fizycznej reakcji dziecka na zdarzenie, które zagrażało życiu bądź zdrowiu dziecka lub osoby jemu bliskiej. Doświadczenie takie przytłacza dziecko

⁶ W literaturze przedmiotu „traumę złożoną”, zwłaszcza w Europie, określa się również jako „traumę relacyjną”, kładąc nacisk przede wszystkim na kontekst powstania traumy: w relacji dziecka z opiekunem. Definicje te, choć bliskie zakresowo, nie są tożsame, ale na potrzeby tej publikacji można przyjąć ich wymienne stosowanie.

⁷ Child Traumatic Stress – tłumaczenie: „dziecięcy stres pourazowy” bądź „dzieci w stresie pourazowym” za *Strach ucieleśniony. Mózg, umysł i ciało w terapii traumy*, B. van der Kolk, Warszawa 2018, s. 203.

i przerasta jego możliwości poradzenia sobie z nim, co więcej, uruchamia intensywne reakcje fizyczne oraz psychiczne, które mogą przerażać w równym stopniu, co samo zdarzenie traumatyczne. Należą do nich:

- ✓ przytłaczające poczucie przerażenia i bezsilności;
- ✓ nagłe zmiany tętna, drżenie ciała, zawroty głowy, utrata kontroli nad zwieraczami;
- ✓ nadmierna czujność, wzburzenie bądź smutek.

Już po zdarzeniu traumatycznym część dzieci doświadcza przemożnego i trwałego smutku. Utrzymujący się stres pourazowy u dzieci może skutkować koszmarami sennymi, trudnościami w skupieniu uwagi, trudnościami z zasypianiem bądź utrzymaniem ciągłości snu, problemami z odżywianiem, pobudzeniem, depresją, zmiennymi nastrojami, zmianą zachowania. Te reakcje pojawiają się, bądź zwiększa się ich natężenie, w sytuacji nagłego przywołania wspomnień traumatycznych, zaistnienia tzw. mechanizmów spustowych. Tym samym dzieci w codziennych sytuacjach reagują niestandardowo, co z kolei negatywnie wpływa na ich możliwości nawiązywania stabilnych relacji z rówieśnikami, czy też wchodzenia w pozytywne interakcje z otoczeniem.



ZAPAMIĘTAJ:

- ✓ Większość dzieci umieszczonych w pieczy zastępczej doświadczyła traumy złożonej.
- ✓ Za niepokojącym zachowaniem dziecka stoi najczęściej historia wielu trudnych doświadczeń – traum ostrych, traumy chronicznej i traumy złożonej.
- ✓ Nie należy pomniejszać wpływu bycia „tylko” świadkiem przemocy domowej bądź wpływu „tylko” zaniedbania na rozwój dziecka.

2. Przywiązanie⁸

W tym rozdziale krótko przedstawimy typy przywiązania oraz pokażemy zależności pomiędzy traumą a wzorcem przywiązania.

Opisany poniżej mechanizm powstawania pierwszej więzi dziecka z opiekunem jest ważny dla zrozumienia tego, jak w relacje z dorosłymi i rówieśnikami wchodzi dziecko później. Bowiem to właśnie pierwsza więź determinuje kolejne relacje w życiu człowieka.

JAK POWSTAJE WIĘŹ

Relacja przywiązania powstaje pomiędzy dzieckiem a opiekunem, najczęściej matką. W teorii przywiązania, takiego głównego opiekuna nazywa się „figurą przywiązania”. Rozwój pierwotnej więzi trwa do ok. drugiego roku życia dziecka. Niemowlę dąży do kontaktu z opiekunem, gdyż z tej bliskości czerpie poczucie bezpieczeństwa i ukojenie. Jeśli bliskości fizycznej brakuje, dziecko niepokoi się, cierpi i wykazuje objawy stresu separacyjnego. Niemowlęta są biologicznie uwarunkowane do budowania relacji przywiązania i przejawiają zachowania przywiązaniowe, których celem jest zapewnienie bliskości opiekuna, a w konsekwencji poczucia bezpieczeństwa i ochrony. Są to np. płacz, gaworzenie, uśmiech oraz wyciąganie rąk czy podążanie za opiekunem. Zachowania te przejawiane są zarówno w sytuacji, gdy dziecko czuje się bezpieczne, jak i w momencie faktycznego lub subiektywnego poczucia zagrożenia.

Jeśli opieka jest właściwa, opiekun reaguje na potrzeby dziecka, które ono wyraża. Następuje ukojenie i pojawia się poczucie bezpieczeństwa, aż do kolejnej sytuacji, w której dziecko poczuje się zagrożone. Taki cykl przywoływania opiekuna przez dziecko i odpowiedzi opiekuna na tę potrzebę będzie się

⁸ Opracowanie na podstawie publikacji pt. *Zaburzenia przywiązania u dzieci i młodzieży. Poradnik dla terapeutów, opiekunów i pedagogów*, C. Taylor, Sopot 2016.

powtarzał wielokrotnie. Jeśli zachowania opiekuna są przewidywalne, dziecko uczy się, że jego cierpienia mogą być ukojone, uczy się także polegać na opiekunie i pokładać w nim ufność. Relacja z opiekunem będącym figurą przywiązania, staje się źródłem radości i poczucia bezpieczeństwa, wynikającym z faktu, że będzie on przy dziecku, kiedy zajdzie potrzeba.

Typ przywiązania to wzorzec zachowań, które dziecko będzie prezentowało w relacji. Kiedy dziecko wie, w jaki sposób zwracać uwagę opiekuna na swoje potrzeby i są one zaspokajane, ma wykształcony zorganizowany wzorzec przywiązania.

Zorganizowane wzorce przywiązania

Przywiązanie bezpieczne

Przywiązanie bezpieczne to trwała więź z opiekunem, w której dziecko i dorosły odnajdują szczęście oraz satysfakcję. Opiekun jest dostępny dla dziecka, responsywny – odpowiada na potrzeby dziecka, postępuje w przewidywalny sposób. W efekcie takiej opieki, dziecko nabiera przekonania, że jest osobą wzbudzącą miłość, wartościową, sprawczą, zaś dorośli i szerzej, świat, są przewidywalni, dostępni, odpowiadają na potrzeby dziecka. Taki punkt wyjścia, zwany bezpieczną bazą, pozwala dziecku na eksplorowanie świata oraz wykształcanie m.in. odporności psychicznej, niezależności, empatii, kontroli nad uczuciami, kompetencji społecznych, wysokiej, ale realistycznej samooceny.



Przywiązanie pozabezpieczne

Przywiązanie lękowo-ambiwalentne – niekonsekwentny opiekun

W tym wypadku opiekun jest dla dziecka osobą dostępną w sposób niekonsekwentny i niewrażliwą na jego potrzeby. Dziecko w takiej relacji może obawiać się, że zostanie porzucone emocjonalnie. Skutkiem tego, może doświadczać niekontrolowanego stresu, będzie więc stale pobudzone i drażliwe. Wydaje się być „mieszkanką różnych uczuć”. Ponieważ nie jest w stanie dostrzec związku pomiędzy swoim zachowaniem a reakcjami opiekuna, może mieć trudności w rozwinięciu wysokich kompetencji społecznych, jak również określonego poziomu autonomii. W relacjach może prezentować postawę ambiwalentną oraz tendencję do narzucania innym własnej woli. Dziecko może postrzegać siebie jako kogoś, kto nie wzbudza miłości i jest nieskuteczne, natomiast opiekun odbierany jest jako osoba niedostępna lub mało dostępna, a także nieresponsywna – ignorująca oraz niereagująca na potrzeby dziecka.

Dzieci z utrwalonym powyższym wzorcem przywiązania, mogą prezentować niestandardowe reakcje i zachowania, w celu skupienia na sobie uwagi zarówno opiekunów, jak też rówieśników. Przybierają one często formę buntu i prowokacji, ale także nadmiernej aktywności na różnych polach, w celu uzyskania uznania, podziwu oraz akceptacji. Te dzieci potrzebują środowiska o niskim poziomie stresu, przewidywalnego i bezpiecznego. Potrzebują jasnej, wyraźnej i życzliwej struktury, bez nadmiernej krytyki oraz odrzucenia, które szybko prowadzą do eskalacji trudnych emocji i zachowań. Opiekunowie powinni unikać postawy nadopiekuńczości oraz „ratowania” swoich podopiecznych. Te dzieci muszą nauczyć się ufać swoim kompetencjom, wykonując małe kroki i zadania.

Przywiązanie lękowo-unikające – nieresponsywny opiekun

Ten wzorzec przywiązania dziecko rozwija w sytuacji, gdy opiekun jest odrzucający lub dostępny niejako „w nagrodę”, a w przypadku podejmowania kontaktu z dzieckiem – nadmiernie kontrolujący i natrętny. W takiej relacji dziecko niejako wyłącza reakcje przywiązaniowe i staje się nadmiernie samodzielne i niezależne. Ma tendencje do zaspokajania potrzeb opiekuna poprzez bycie „dobrym dzieckiem” – cichym i niezgłaszającym potrzeb. W sytuacjach zagrożenia wydaje się być „wyzute z emocji”, ukrywa swoje stany emocjonalne przed innymi. Ma tendencję do hamowania nieprzyjemnych emocji oraz okazywania tych „pozytywnych”, aby przyciągnąć zainteresowanie opiekuna oraz uniknąć odrzucenia. Dziecko myśli o sobie jako o kimś mało wartościowym i niewzbudzającym miłości, natomiast opiekun jest postrzegany jako osoba niedostępna, a zarazem narzucająca się i ingerująca. Dzieci z wykształconym takim wzorcem przywiązania, mogą być postrzegane jako tzw. „grzeczne”, ciche, i nieco wycofane, unikające zwracania na siebie uwagi oraz sytuacji ekspozycji społecznej.

W pracy z dzieckiem z utrwalonym lękowo-unikającym wzorcem przywiązania, wskazane jest pozytywne, zachęcające i nieodrzucające podejście. Opiekunowie powinni odkryć, co jest dla tych dzieci kojące i zapewnić im bezpieczne oraz stymulujące zadania. Powinni natomiast oprzeć się pokusie zbyt aktywnego wchodzenia w kontakt z dzieckiem i mieć gotowość wycofania się w przypadku, kiedy nie jest ono w stanie znieść próby skrócenia dystansu.

Zdezorganizowany wzorzec przywiązania

Przywiązanie zdezorganizowane (brak strategii lub mnogość strategii)

Przywiązanie to rozwija się, gdy dziecko nie może wykształcić zorganizowanej strategii zwracania uwagi opiekuna na swoje potrzeby. Opiekun stosuje bowiem wiele metod i strategii wychowawczych, w sposób nieprzewidywalny lub dzieckiem opiekuje się wiele osób, stosujących różne metody wychowawcze. Takie zachowanie opiekuna najczęściej ma związek z uzależnieniami, przemocą domową lub chorobą psychiczną. Opiekun jest też źródłem strachu, np. w sytuacji kazirodztwa czy przemocy domowej. Wówczas dorosły, który miał zapewniać bezpieczeństwo, staje się dla dziecka źródłem stałej niepewności i lęku. Dziecko podejmuje wówczas chaotyczne próby zwrócenia na siebie uwagi opiekuna, stosując niekonsekwentnie strategie typowe dla grupy lękowo-unikającej lub lękowo-ambiwalentnej. Skoro opiekun, bez którego dziecko nie przetrwa, jest źródłem stałego strachu i niepewności, to nie mogąc przewidzieć zagrożenia, cały czas ma się ono na baczności. Żyje w stanie rozregulowanych emocji i silnego pobudzenia, jest nieporadne, lękliwe i agresywne. Dziecko postrzega siebie, jako osobę potężną, ale złą, a opiekuna, jako niedostępnego i budzącego przerażenie. W tej grupie dzieci występuje duże ryzyko przyszłych trudności, czy psychopatologii.



Dzieci z utrwalonym powyższym wzorcem przywiązania postrzegane są często jako ci sprawiający największe trudności opiekunom i nauczycielom, szczególnie ze względu na agresywne oraz wyzywające zachowanie, brak respektu dla potrzeb innych, jak również dla ustalonych zasad, a także problemy w nauce, duży niepokój i nadaktywność.

Praktyczne podejście do dzieci ze zdezorganizowanym wzorcem przywiązania, polega na zapewnieniu im maksymalnie bezpiecznego środowiska. Sytuacje wywołujące lęk powinny być ograniczone do minimum, poprzez stosowanie jasnych zasad i procedur. Bezpieczeństwo i przewidywalność, połączone ze świadomością, zrozumieniem oraz konsekwencją ze strony dorosłych, może pomóc tym dzieciom zmienić ich doświadczenia związane z wzorcem przywiązania z przeszłości. Duże znaczenie ma perspektywa długofalowych i pozytywnych relacji, jak również staranne przygotowywanie dziecka do wszelkich zmian, w celu uniknięcia poczucia izolacji oraz odrzucenia.

Opisane powyżej wzorce przywiązania mogą być w pewnym stopniu korygowane i podlegać zmianie w wyniku nowych, pozytywnych doświadczeń w relacjach interpersonalnych.

Siła przywiązania

Warto zwrócić uwagę na fakt, że siła przywiązania nie jest zależna od bezpieczeństwa relacji. Siła przywiązania wskazuje na intensywność przejawów przywiązania, a nie na istnienie poczucia bezpieczeństwa. Zatem nie powinna dziwić lojalność niektórych dzieci wobec rodziców, którzy dopuszczali się poważnych nadużyć.

Należy dodać, że spośród omówionych powyżej trzech tzw. „pozabezpiecznych” wzorców przywiązania, zarówno w przypadku lękowo-unikającego, jak też lękowo-ambiwalentnego, opiekun na pewnych warunkach jest dostępny dla dziecka i istnieje szansa na zbudowanie udanej relacji między nimi. Jedynie wzorzec zdezorganizowany znacząco ogranicza taką możliwość.

Przywiązanie a trauma

Więź tworzy się pomiędzy opiekunem (figurą przywiązania) a dzieckiem. Jednak, jeśli opiekun jest źródłem strachu i cierpienia, źródłem traumatycznych doświadczeń, wówczas dominującym doświadczeniem dziecka – zamiast relacji pełnej miłości i bezpieczeństwa - staje się trauma złożona.



ZAPAMIĘTAJ:

- ✓ Relacja przywiązania jest najważniejszym czynnikiem kształtującym rozwój dziecka w pierwszych latach jego życia.
- ✓ Przywiązanie powstaje pomiędzy dzieckiem a opiekunem, najczęściej matką i kształtuje się do ok. 2 roku życia dziecka.
- ✓ Typ przywiązania to wzorzec relacji, które podejmuje dziecko, aby zwrócić uwagę opiekuna na swoje potrzeby.
- ✓ Zorganizowane wzorce przywiązania to przywiązanie bezpieczne oraz pozabezpieczne – lękowo-unikające i lękowo-ambiwalentne.
- ✓ Jeśli opiekun jest źródłem niepewności i strachu, krzywdzi dziecko oraz zachowuje się w sposób nieprzewidywalny, dziecko rozwija zdeorganizowany wzorzec przywiązania.
- ✓ W grupie dzieci, które są objęte pieczą zastępczą, zdeorganizowany wzorzec przywiązania jest diagnozowany częściej niż wśród dzieci w populacji generalnej.
- ✓ Więź z opiekunem determinuje kolejne relacje w życiu człowieka.

3. Trauma a rozwój dziecka

W tym rozdziale chcemy pokazać wpływ traumy na rozwój poznawczy, psychospołeczny, zdrowotny i emocjonalny dziecka. Skupimy się szczególnie na rozwoju dziecka na etapie szkolnym.

Różnorodne doświadczenia traumatyczne, a w szczególności trauma złożona, mają poważne oraz długofalowe konsekwencje dla życia dziecka, jak również wpływają na jego jakość. Przede wszystkim zakłócają funkcjonowanie układu nerwowego, „systemu kierowania i komunikacji”, a tym samym zaburzają harmonijny rozwój dziecka w sferze poznawczej, emocjonalnej, społecznej, a także fizycznej i zdrowotnej. Ograniczają sprawność procesów, szczególnie istotnych w edukacji, tj. uwagi, percepcji, pamięci, kontroli poznawczej, myślenia i języka. Utrudniają budowanie relacji międzyludzkich, a także – a może przede wszystkim – „zawłaszczają” wiele obszarów życia przez wszechobecny lęk. Poniżej zaprezentowane zostaną niektóre aspekty wpływu traumy na rozwój dziecka.

Przesterowany i przeciążony system

Zaangażowanie społeczne

W sytuacji, kiedy dziecko zaczyna odczuwać niepokój, sygnalizuje potrzebę uzyskania wsparcia od osób w najbliższym otoczeniu. Stara się zwrócić na siebie uwagę i nawiązać kontakt. Zmienia ton głosu, ma ożywioną mimikę twarzy i zwiększoną wrażliwość na bodźce dźwiękowe płynące z otoczenia. Wspierająca reakcja opiekuna lub innej osoby uspokaja dziecko i sprawia, że nie musi już podejmować ono dodatkowej aktywności, aby odzyskać bezpieczeństwo. Wielokrotne powtórzenie tego typu cyklu sprawia, że u dziecka utrwala się mechanizm reagowania, który w przypadku zagrożenia każe nawiązać kontakt i oczekiwać wsparcia. Staje się on również podstawą do budowania pozytywnej relacji interpersonalnej, np. dziecka z jego opiekunem lub ucznia z nauczycielem.

W sytuacji znacznego zagrożenia, a co za tym idzie silnego stresu, u dziecka mogą pojawić się trzy niezależne od jego woli sposoby reagowania. Mówimy tu o walce lub ucieczce oraz zamrożeniu/zastygnięciu.

Walka lub ucieczka

Kiedy poczucie zagrożenia narasta i brakuje wsparcia ze strony innych osób, wzrasta się wysokość i częstotliwość wydawanych przez dziecko dźwięków (np. podniesiony ton głosu, przyspieszone wypowiedzi, krzyk), coraz szybciej bije jego serce, oddech staje się częstszy i bardziej gwałtowny, mięśnie otrzymują coraz więcej krwi, a z nią także tlenu, co czyni je gotowymi na podjęcie walki lub – kiedy ta wydaje się bezsensowna – ucieczki. W ramach reakcji pobudzenia, do krwioobiegu uwalniane są duże ilości kortyzolu i adrenaliny, tzw. hormonów stresu. W przeciwieństwie do zaangażowania społecznego, utrwalany jest odmienny schemat odpowiedzi na niebezpieczeństwo, nacechowany agresją i konfrontacją w stosunku do podmiotu zagrożenia - walka lub reakcją unikową wobec niego - ucieczka. W obu przypadkach możemy mówić o zaburzeniach w relacji, zarówno z innym człowiekiem, który jest postrzegany jako wrogi i zagrażający, jak również z opiekunem, który nie zapewnia adekwatnej opieki i wsparcia. Niestety może być i tak, że ten ostatni jest agresorem lub zaniedbuje swoje dziecko.

Zamrożenie/zastygnięcie

Reakcja zamrożenia może wystąpić np. w trakcie bicia lub seksualnego wykorzystania dziecka, kiedy naruszane są jego granice, a ono jest unieruchomione (np. poddanie dziecka bolesnym zabiegom medycznym, wbrew jego woli oraz przy braku świadomości ich roli) lub jest fizycznie zdominowane przez agresora, albo pod wpływem ekstremalnego napięcia, kiedy np. jest świadkiem walki rodziców. Wówczas pod wpływem silnego stresu i poczucia zagrożenia, dziecko może nie podejmować walki ani ucieczki, tylko znieruchomieć. Drastycznie obniża się wtedy jego metabolizm, spada tętno, następuje radykalne zwolnienie akcji serca, pojawiają się trudności w oddychaniu, jelita opróżniają się albo przestają pracować. Dziecko „zawiesza się”, mdleje lub zastyga. Wyłącza się świadomość, obniża jego wrażliwość na ból, jakby szykowało się na to, co nieuniknione. Następuje odłączenie od tego, co tu i teraz, od agresora, ale także samego siebie.

Powyżej opisane typy reakcji dziecka na traumatyczny stres mają charakter automatyczny, są błyskawiczne i co najważniejsze przebiegają poza wolą, świadomością i kontrolą ze strony dziecka. Przyczyniają się one do utrwalania dominujących strategii przetrwania, które są przenoszone na relacje z innymi ludźmi oraz poszczególne sfery życia. Wiele z trudnych i niestandardowych zachowań dzieci to strategie, które w przeszłości pomogły im przetrwać w obecności zagrażających lub zaniedbujących opiekunów. Gdy spotykają się z ludźmi, sytuacjami, miejscami, przedmiotami i reakcjami, które przypominają im traumatyczne wydarzenia, dzieci mogą doświadczać intensywnych i niepokojących uczuć, związanych z pierwotną traumą. Te traumatyczne wspomnienia często prowadzą do reakcji, które obecnie wydają się nieadekwatne, ale były odpowiednie – a nawet pomocne, bowiem pozwoliły przeżyć w momencie pierwotnego traumatycznego wydarzenia.

PTSD (zespół stresu pourazowego) jako bezpośrednia konsekwencja przeżytej traumy

Konsekwencje doświadczeń traumatycznych mogą być odczuwalne i dostrzegalne bezpośrednio po ich wystąpieniu. Mówimy wówczas o PTSD (Posttraumatic Stress Disorder), czyli zespole stresu pourazowego. Według Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, PTSD może być zdiagnozowane u dzieci, które doświadczyły, obserwowały lub skonfrontowane były z jednym lub kilkoma zdarzeniami, podczas których miały do czynienia ze śmiercią lub zagrożeniem życia czy zdrowia, poważnym naruszeniem własnej integralności fizycznej albo innych osób, jak również zareagowały na te wydarzenia, generując charakterystyczne dla zaburzenia objawy.

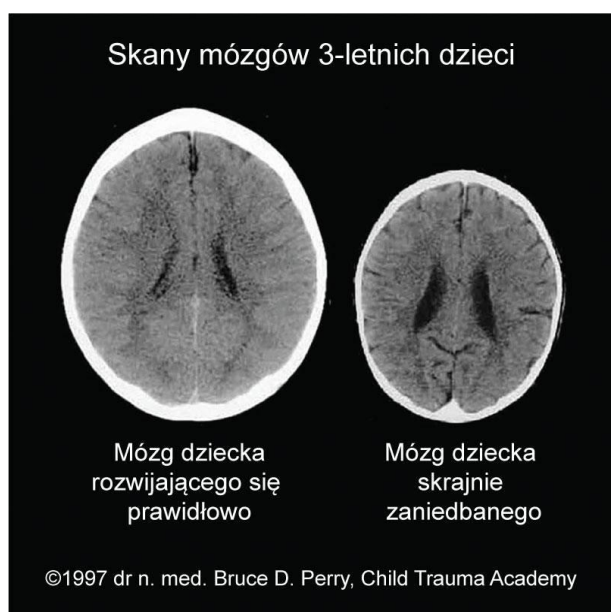
Zaliczamy do nich:

- ✓ ponowne doświadczenie traumatycznego wydarzenia (np. koszmarów sennych, natrętnych wspomnień);
- ✓ intensywne psychologiczne lub fizjologiczne reakcje na wewnętrzne lub zewnętrzne sygnały, które symbolizują lub przypominają pewien aspekt pierwotnej traumy;
- ✓ unikanie myśli, uczuć, miejsc i osób związanych z traumą;
- ✓ zmiany nastroju oraz sposobu myślenia (np. niemożność przywołania aspektów traumy, a także uczucia lęku, winy, smutku, wstydu lub dezorientacji, utrata zainteresowania dotychczasowymi aktywnościami);
- ✓ wysokie pobudzenie (np. zwiększona reakcja przerażenia, zaburzenia snu, drażliwość).

Konsekwencje traumy dla rozwijającego się mózgu

Mózg rozwija się, tworząc połączenia nerwowe. Interakcje z opiekunami spełniają w tym aspekcie kluczową rolę. Im częstsze są bowiem pozytywne doświadczenia w relacji ze wspierającym opiekunem, czyli więcej czasu i uwagi poświęconych dziecku, w odpowiedzi na sygnalizowane przez niego potrzeby, tym silniejsze oraz liczniejsze stają się połączenia nerwowe w jego mózgu. Natomiast im gęstsza sieć połączeń oraz lepsza ich jakość, tym sprawniej działa mózg oraz cały układ nerwowy dziecka. Z kolei towarzyszące traumie, opisane powyżej zaburzenia więzi oraz deficyt pozytywnych relacji interpersonalnych, ograniczają liczbę i jakość powstających połączeń nerwowych.

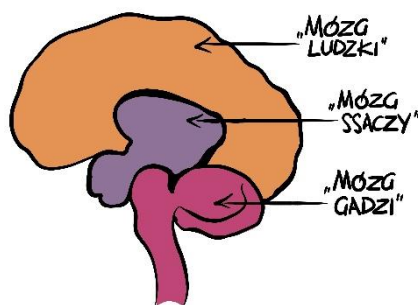
Stres wpływa na rozwój mózgu i jego strukturę. Związany z nim wysoki oraz długo utrzymujący się poziom kortyzolu i adrenaliny, może prowadzić do zmian zarówno w budowie mózgu, jak również jego funkcjonowaniu. Doświadczenie traumy może przekładać się m. in. na zmniejszenie rozmiaru kory mózgowej oraz zakłócenia w komunikacji półkul mózgowych, a także dysfunkcje w zakresie: pamięci, uwagi, percepcji myślenia, języka i świadomości. Powyższe zaburzenia ograniczają możliwości dziecka w budowaniu pozytywnych relacji z innymi ludźmi, jak również utrudniają proces uczenia się, eksplorowania otaczającego świata, zdobywania nowych doświadczeń i kompetencji.



Mózg każdego człowieka rozwija się od dołu ku górze, od struktur podstawowych do bardziej złożonych.

- ✓ W pierwszej kolejności następuje rozwój **pnia mózgu**, który reguluje podstawowe czynności życiowe, takie jak oddychanie, pracę serca i ciśnienie krwi, temperaturę, metabolizm oraz uczucie głodu i pragnienia, a także integrację bodźców słuchowych i czuciowych, jak również zapewnia przetrwanie – tzw. „mózg gadzi”.
- ✓ Następnie rozwija się **układ limbiczny**, swoiste centrum powiadamiania, reagowania i przechowywania informacji, odpowiedzialne m. in. za reakcje emocjonalne, uczenie się i pamięć długotrwałą – tzw. „mózg ssaczy”.
- ✓ W ostatniej kolejności rozwija się **kora nowa (kora mózgowa)**, w tym **płaty czołowe**, umożliwiające m. in.: racjonalne i abstrakcyjne myślenie, planowanie, kontrolę zachowania, czy przewidywanie konsekwencji postępowania – tzw. „mózg ludzki”.

⁹ Opracowanie na podstawie badań dra n.med. Bruce'a Perry'ego, więcej o jego badaniach nt. wpływu traumy na rozwój mózgu można przeczytać na stronie Akademii Traumatycznej Dzieci (Child Trauma Academy) <http://childtrauma.org/>.



Pień mózgu i układ limbiczny tworzą tzw. „**mózg emocjonalny**”, podczas, gdy kora nowa (kora mózgowa) to „**mózg racjonalny**”, „największe osiągnięcie cywilizacyjne naszego gatunku.

Doświadczenie traumy sprawia, że mózg dziecka zaczyna rozwijać się w taki sposób, aby mogło ono przetrwać w niebezpiecznym świecie, w stałym stanie gotowości na zagrożenia oraz powodować szybką na nie reakcję, częściej w postaci walki lub ucieczki (układ limbiczny – „mózg ssaczy”), rzadziej zamrożenia/zastygnięcia (pień mózgu – „mózg gadzi”). Mamy wówczas do czynienia ze znaczną aktywacją „**mózgu emocjonalnego**”, przy braku lub ograniczonym dostępie do „**mózgu racjonalnego**”.

Konsekwencje traumy w zależności od wieku dziecka

Doświadczenia stresu traumatycznego oraz reakcje na niego dzieci różnią się, w zależności od ich wieku.

Psychologiczne i behawioralne konsekwencje traumy u małych dzieci

We wczesnym dzieciństwie, dokonujące się pod wpływem doświadczeń traumatycznych zmiany w budowie oraz funkcjonowaniu mózgu mogą wpływać negatywnie na rozwój inteligencji, zdolność do regulowania emocji i powodować zwiększony poziom lęku, a zarazem obniżenie poczucia bezpieczeństwa u dziecka. Te ostatnie konsekwencje będą także widoczne w późniejszych etapach rozwoju.

Młodsze dzieci, które doświadczyły traumy, mogą:

- ✓ wyrażać cierpienie poprzez nasilone reakcje fizjologiczne i sensoryczne, np. zmiany w zakresie jedzenia, spania, poziomie aktywności, reakcji na dotyk i zmianę miejsca;
- ✓ stać się bierne, ciche i wrażliwe na pobudzenie;
- ✓ stać się bojaźliwe, zwłaszcza jeśli chodzi o rozłąkę i nowe sytuacje;
- ✓ doświadczać zaburzeń związanych z oceną zagrożeń i znalezieniem ochrony, szczególnie w przypadkach, gdy rodzic lub opiekun jest agresorem;
- ✓ prezentować zachowania regresywne, np. „spieszczanie” mowy, moczenie się, płacz;
- ✓ doświadczać silnych reakcji lękowych, koszmarów nocnych lub wybuchów agresji;
- ✓ obwiniać się, ze względu na słabe zrozumienie przyczyny i skutku, czy w efekcie magicznego myślenia.



Dzieci, które doświadczyły traumy w okresie niemowlęcym lub we wczesnym dzieciństwie, zanim jeszcze rozwinęły znajomość języka, nie mają świadomych wspomnień tych przeżyć. Zachowują natomiast **pamięć emocjonalną** przeżytej traumy. Dlatego fizyczne lub emocjonalne odczucia, nawiązujące do wydarzeń traumatycznych mogą u nich wywoływać szczątkowe wspomnienia, koszmary senne lub inne niepokojące reakcje. W miarę rozwoju umiejętności językowych dziecka

powstają u niego pierwsze **świadome wspomnienia**, dlatego trauma, która wydarzy się w tym okresie, może zostać świadomie zapamiętana, nadal jednak wspomnienia są fragmentaryczne.

Psychologiczne i behawioralne konsekwencje traumy u dzieci w wieku szkolnym

U dzieci w wieku szkolnym trauma zaburza rozwój obszarów mózgu, które pozwalają im zarządzać lękami, obawami i agresją, koncentrować uwagę na uczeniu się oraz rozwiązywaniu problemów, a także kontrolować impulsy i zarządzać fizycznymi reakcjami w obliczu niebezpieczeństwa.

W konsekwencji traumy dzieci mogą:

- ✓ doświadczać zaburzeń snu, które zakłócają koncentrację i uwagę w ciągu dnia;
- ✓ przejawiać trudności w uczeniu się;
- ✓ wykazywać problemy w kontrolowaniu reakcji na bodźce wywołujące lęk;
- ✓ prezentować zachowanie, które oscyluje pomiędzy przesadnie uległym i nadmiernie agresywnym;
- ✓ doświadczać niechcianych i natrętnych myśli oraz obrazów;
- ✓ przejawiać nowe intensywne, specyficzne obawy, łączące się z pierwotnym niebezpieczeństwem;
- ✓ odtwarzać traumatyczne wydarzenie w swoim umyśle, pod kątem tego, jak można było mu zapobiec lub odmienić jego przebieg;
- ✓ zmieniać się pod względem zachowania z nieśmiały i wycofany, w niezwykle agresywny;
- ✓ stać się na tyle przerażony nawrotami przytłaczających przeżyć, że unika preferowanych wcześniej aktywności;
- ✓ myśleć o zemście;
- ✓ przejawiać trudności w zaufaniu dorosłym i oczekiwaniu od nich ochrony.



Psychologiczne i behawioralne konsekwencje traumy u nastolatków

U nastolatków trauma może wpływać na rozwój kory przedczołowej, obszaru odpowiedzialnego m. in. za przewidywanie konsekwencji zachowania, realistyczną ocenę zagrożenia i bezpieczeństwa, a także umiejętność kierowania zachowaniem, przewidywania, planowania oraz realizacji długoterminowych celów. Dodatkowo związane z okresem dojrzewania zmiany poziomu **dopaminy** prowadzą do zwiększonego podejmowania ryzyka przez nastolatki.

W konsekwencji powyższych zmian, nastolatki, które doświadczyły traumy, narażone są na większe ryzyko:

- ✓ lekkomyślnego, ryzykownego i destrukcyjnego zachowania;
- ✓ obniżonych wyników w nauce i niepowodzeń szkolnych;
- ✓ dokonywania „złych wyborów”;
- ✓ agresji lub przestępczej działalności;
- ✓ zaburzeń snu, maskowanych późną nauką, korzystaniem z internetu lub imprezowaniem;
- ✓ samookaleceń oraz innych przejawów autoagresji;
- ✓ przeszacowania lub niedoszacowania zagrożenia;
- ✓ trudności w zaufaniu;
- ✓ rewiktymizacji, szczególnie jeśli dorastający doświadczył chronicznej lub złożonej traumy;
- ✓ używania narkotyków i alkoholu jako mechanizmu radzenia sobie ze stresem.



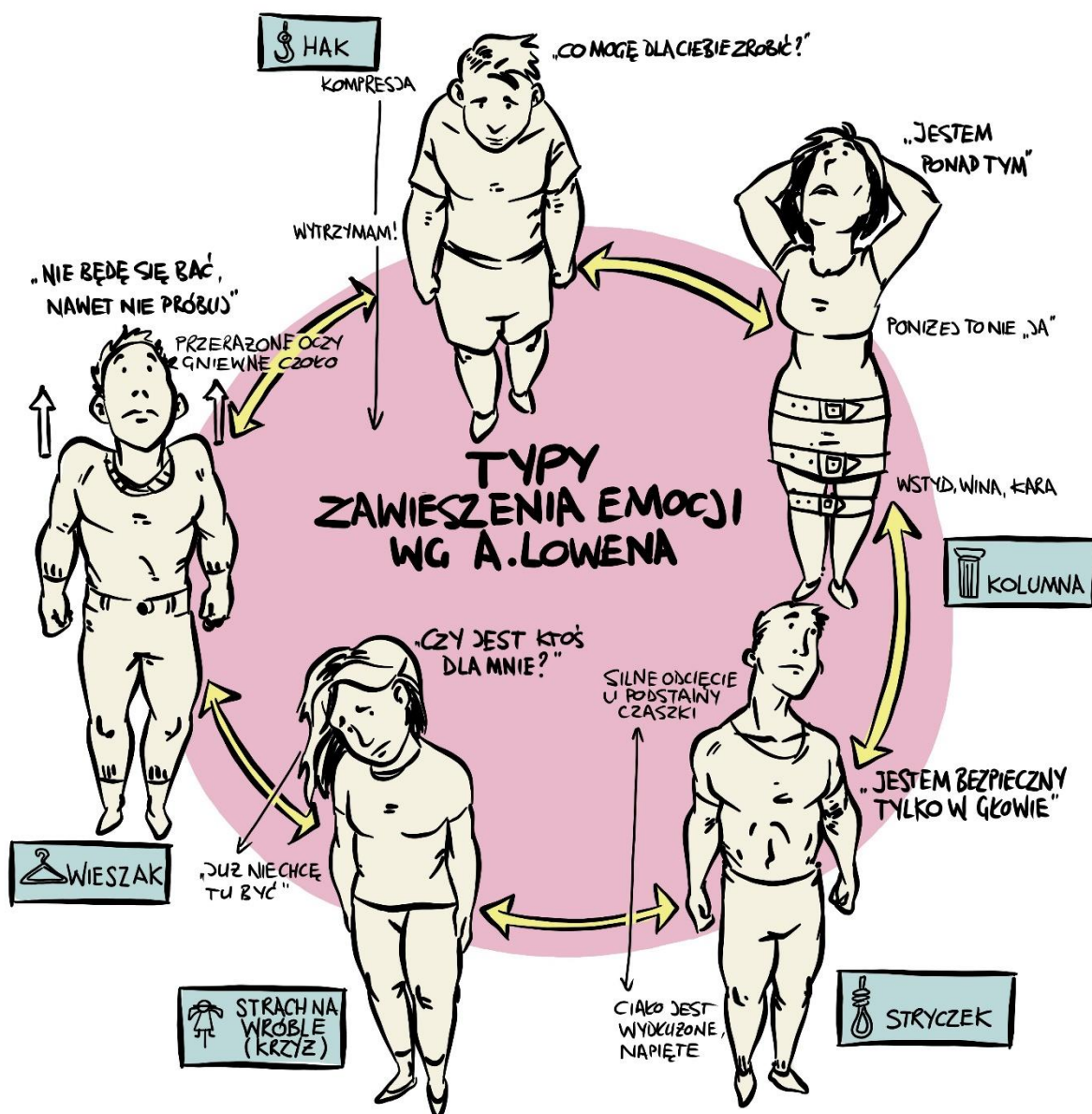
Poza tym, nastolatki mogą odczuwać, że są słabe, dziwne, dziecinne lub „zwariowane”. Bywają zakłopotane i zdezorientowane atakami lęku lub przesadnych reakcji fizycznych. Mogą mieć poczucie własnej wyjątkowości, a równocześnie osamotnienia w swoim bólu i cierpieniu. Przeżywają silny niepokój, intensywny gniew oraz bezradność. Mają skłonność do niskiej samooceny oraz depresji.

Trauma a emocje

Doświadczenie traumy złożonej pociąga za sobą przede wszystkim wysoki poziom **lęku**, który towarzyszy dziecku i „zawłaszcza” wszystkie obszary jego życia. Oprócz tego dominują wstyd, poczucie winy, złość, i bezradność. Przy czym w tym przypadku możemy nawet mówić o tzw. wstydzie toksycznym, który przekłada się na powstawanie i utrwalanie niekorzystnych przekonań przede wszystkim o sobie, np. „Jestem zły, słaby, głupi, niewystarczający, niegodny miłości, uwagi i wsparcia”. Z czasem prowadzą one do nadmiernego krytycyzmu oraz generalizowania, np. „Coś mi się nie udało” = „Jestem do niczego, nic nie potrafię”. Podobnie jest z poczuciem winy, towarzyszącym dzieciom, szczególnie wówczas, gdy doświadczały znęcania się lub wykorzystania seksualnego. Przytłaczające emocje zakłócają rozwój samoregulacji odpowiedniej dla wieku. Sprawiają, że dziecko utrzymuje się w stanie podwyższonej czujności, nadwrażliwości i znacznego pobudzenia, a pojawiające się w otoczeniu bodźce, takie jak odgłosy, obrazy, kształty, efekty świetlne, smaki lub zapachy – zwane wyzwalaczami lub mechanizmami spustowymi – „przenoszą” je do traumatycznych wydarzeń z przeszłości i „komunikują” z przeżywanymi wówczas uczuciami. Aby się przed nimi uchronić, dziecko utrzymuje się w stanie stałego alertu. Sytuacja pozornie neutralna, może być przez nie odbierana jako zagrażająca, a przeżycia przeszłych wydarzeń są tak silne i przytłaczające, jakby wszystko działo się tu i teraz. Dlatego też w sytuacji odczuwanego niebezpieczeństwa, w związku z przeżywanym napięciem, często pojawia się także strach, frustracja, agresja oraz cierpienie. Kiedy stres i napięcie stanowią zbyt duże przeciążenie oraz zagrożenie dla układu nerwowego, może on wyłączyć czasowo niektóre swoje funkcje lub ich korelacje. Mówimy wówczas o dysocjacji, która działa jak „bezpiecznik”, pozwalający dać wytchnienie „przeciążonej sieci” systemu nerwowego. Doświadczające jej dziecko może sprawiać wrażenie nieobecnego, „odłączonego” czy „zawieszonego”, np. brak jego reakcji, kiedy przeżywa silny stres w sytuacjach ekspozycji społecznej lub stoi, „jak zamurowane”, bez reakcji, kiedy jest świadkiem bójki, albo krzywdzenia, ofiary przez agresora.

Emocje uwięzione w ciele

Emocje doświadczane na skutek traumy mogą być bardzo realne dla dziecka, ale trudne do wyrażenia. Energia, która zostaje skumulowana podczas zagrożenia życia i zdrowia albo naruszenia fizycznych lub psychicznych granic dziecka, może być „**zmagazynowana**” w ciele przez wiele lat, generując różnorodne objawy somatyczne. Dzieci, które doświadczyły krzywdzenia czy zaniedbywania, w związku z uzależnieniem swoich opiekunów od alkoholu, częściej niż inne, narzekają na bóle głowy, płytki, nerwowy i czujny sen, bóle brzucha, nudności, rozstrój żołądka, nerwowe tiki, zmęczenie czy znużenie. Zdarza się także, że chorują na alergie, astmę, anemię i przeziębienia. Skutkiem już doświadczonych stresów traumatycznych, jak również wyuczonej strategii obronnej przed tymi, które mogą dopiero nadejść, bywa często **chroniczna sztywność** lub **zwiotczenie grup mięśniowych**, a w konsekwencji, kształtowanie się **określonej postawy ciała**, wytworzenie jakby „**kombinezonu ochronnego**”, czy też „**zbroi**”, które blokują przepływ energii i ograniczają ekspresję danej jednostki. W tym aspekcie możemy mówić o „**emocjach uwięzionych lub zawieszonych w ciele**”, jako utrwalonej konsekwencji, **czasowego znieruchomienia, zatrzymania, zamarcia**, w wyniku **silnego lub wielokrotnionego stresu traumatycznego**.



Rys. za <https://www.psychologiiawygładu.pl/2017/03/emocje-zawieszone-w-ciele-jak-napiecia.html>.



ZAPAMIĘTAJ:

- ✓ Trauma wpływa negatywnie na budowę i funkcjonowanie układu nerwowego, a tym samym drastycznie zaburza harmonijny rozwój dziecka.
- ✓ W wyniku doświadczeń traumatycznych utrwalają się główne typy reakcji na znaczne zagrożenie, w postaci walki, ucieczki i zamrożenia/zastygnięcia, które następnie pełnią funkcję strategii przetrwania, stosowanych przez dziecko w różnych sytuacjach życiowych.
- ✓ Lęk oraz inne przytłaczające emocje odbierają dziecku bezpieczeństwo i zaufanie do ludzi, a także „zawłaszczają” wszystkie obszary jego życia.

- ✓ Konsekwencje przebytej przez dziecko traumy manifestują się w destrukcyjnym zachowaniu, niestandardowych reakcjach, zaburzeniem relacji z dorosłymi oraz rówieśnikami, „śladami zapisanymi w ciele”.
- ✓ Pozytywne zmiany w życiu dziecka z doświadczeniem traumy są możliwe, między innymi dzięki neuroplastyczności mózgu, czyli jego zdolności do reagowania i dostosowywania się do zmieniających się warunków, tworzenia nowych połączeń nerwowych oraz samonaprawy, w oparciu o uzdrawiającą relację ze innymi ludźmi (np.: rodzice, krewni, opiekunowie, nauczyciele, terapeuci, itp.).

II. DZIECKO Z DOŚWIADCZENIEM TRAUMY W OPIECE ZASTĘPCZEJ

1. Strategie przetrwania w praktyce – czyli trudne zachowania i reakcje dzieci

W potocznym rozumieniu dziecko, które trafiło do pieczy zastępczej z trudnego środowiska rodzinnego, w którym było narażone na wykorzystywanie czy też było świadkiem przemocy, po umieszczeniu go w nowym środowisku, powinno poczuć się bezpiecznie i zacząć prawidłowo społecznie funkcjonować. Jednak to, że dziecko JEST bezpieczne, nie oznacza, że CZUJE SIĘ ono bezpiecznie. To, że jest pod opieką dorosłego, któremu można zaufać, nie oznacza, że automatycznie zbuduje z nim bezpieczną więź. Oczywiście, opieka zastępcza od początku zapewnia zaspokojenie jego podstawowych potrzeb, takich jak bezpieczne miejsce pobytu, dobrej jakości wyżywienie i ubranie, czy troskliwi opiekunowie. Niemniej jednak, samo przeniesienie dziecka do pieczy zastępczej, nie zmieni automatycznie jego przekonań o sobie, o dorosłych i o świecie. I tak, wiele spośród dzieci, które zostały umieszczone w pieczy zastępczej, życie nauczyło, że dorosłym nie warto ufać, że dorosły nie potrafi odpowiednio się dzieckiem zaopiekować i obronić je przed niebezpieczeństwami, a także, że dorosły krzywdzi. To doświadczenie sprawia, że dziecko nie wchodzi z ufnością w relację z otwartym i opiekuńczym opiekunem zastępczym czy nauczycielem w przedszkolu lub szkole. Zadaniem opiekuna jest budowanie relacji, zapewnienie odpowiedniej opieki i stworzenie dla dziecka otoczenia, w którym poczuje się ono bezpiecznie. Niezwykle ważna jest nie tylko praca i budowanie leczącej relacji z dzieckiem w domu, ale także współpraca z nauczycielami, sąsiadami, instruktorami, przedstawicielami lokalnej społeczności, w celu stworzenia dla dziecka środowiska sprzyjającego wychodzeniu z traumy.

Dziecko z doświadczeniem traumy, w pieczy zastępczej znajduje się w nowym środowisku, pod opieką często nieznaną sobie wcześniej osób. Nie zna i nie rozumie zasad funkcjonowania w tym nowym miejscu. Dzieci przywiązane bezpiecznie podchodzą do niewiedzy oraz związanej z nią niepewności z zainteresowaniem i ciekawością, ale dla tych, których opiekunowie byli źródłem lęku, ta sama niepewność jest doświadczeniem przytłaczającym, jest przerażająca oraz może utrudniać, a w skrajnych wypadkach – uniemożliwiać proces adaptacji i uczenia się. Dziecko z doświadczeniem traumy ma trudności w początkowym funkcjonowaniu zarówno w środowisku domowym, jak i w szkole/ przedszkolu. Sam proces uczenia się zakłada, że najpierw się czegoś nie wie, ta niepewność jest określana przez niektórych autorów jako kluczowe i podstawowe doświadczenie ucznia w procesie edukacji¹⁰. Analizując trudności dziecka w szkole, należy też wziąć pod uwagę fakt, że wiedzę prezentuje nauczyciel i to w relacji nauczyciel-uczeń nabywane są nowe treści. Bez zaufania wobec nauczyciela, proces uczenia się jest bardzo utrudniony. Natomiast dziecko, którego relacje z pierwotnym opiekunem, najczęściej matką, przybrały pozabezpieczny wzorec, które doświadczyło złożonej traumy, ma trudności z zaufaniem dorosłym.

Życie nauczyło takie dziecko, że trzeba być w stanie stałej czujności, na wypadek nagłych, nieprzewidywalnych i niebezpiecznych sytuacji, które były codziennością w domu. O ile w nowym środowisku domowym łatwiej można zapewnić wysoką przewidywalność i bezpieczeństwo, to już np. szkoła obfituje w sytuacje, których cechą jest niepewność. Poza tym dość powszechne są sytuacje, którym towarzyszą konflikty i bójki z rówieśnikami, przemoc rówieśnicza, bycie świadkiem walki, wywoływanie do odpowiedzi przez nauczyciela, podniesione głosy oraz chaos. Ponadto w jednym miejscu przebywa wiele osób, które stale na siebie oddziałują. W rezultacie, stan podwyższonego alertu przed rzeczywistymi lub wyimaginowanymi zagrożeniami, będzie się utrzymywał również w szkole. Może on uruchomić zachowania, których dziecko wyuczyło się, jako odpowiedzi na niebezpieczną i nieprzewidywalną codzienność. Ich celem jest m.in. **przejęcie kontroli nad sytuacją, redukcja napięcia i zwiększenie własnego poczucia bezpieczeństwa**. Kontrola jest konieczna do przeżycia, ponieważ na dorosłych opiekunach dziecko nie mogło polegać i samo musiało się chronić oraz na ile to możliwe, regulować swoje stany emocjonalne. Dzieci często musiały zachować tajemnicę życia rodzinnego, oszukiwać lub kraść, manipulować dorosłymi, aby zapobiec nadużyciom lub przetrwać. Mogą nadal stosować te strategie również w innych bezpiecznych środowiskach, takich jak rodzina zastępcza lub szkoła.

¹⁰ J. E. Schooler, B.K. Smalley, T. J. Callahan, *Zranione dzieci, uzdrawiające domy. Wychowanie dzieci dotkniętych traumą w rodzinach adopcyjnych i zastępczych*, Warszawa, 2012.

Przykładowe zachowania dzieci – utrwalone strategie przetrwania

Poniżej przytaczamy zestawienie przykładowych zachowań dzieci, które są utrwalonymi, typowymi strategiami przetrwania, rozwiniętymi w wyniku doświadczania złożonej traumy.

„Upредить atak”

Wysoki poziom lęku oraz nadwrażliwość na obecne w otoczeniu sygnały zagrożenia, a ponadto trudność w odczytywaniu emocji innych, sprawiają, że niektóre dzieci uciekają się do agresji fizycznej i werbalnej, uprzedzając domniemany atak.

„Porzucę cię, aby nie dać się porzucić”

Dzieci z zaburzeniami przywiązania, a szczególnie te, które doświadczyły w życiu wielu zmian opiekunów, jak np. dzieci umieszczone w pieczy zastępczej, mogą prezentować dużą trudność nie tylko w budowaniu bliższych relacji, ale także ich utrzymaniu. Doświadczają tego często opiekunowie zastępczy, a czasami także wychowawcy klas i pedagodzy szkolni, którzy z uwagi na szczególne potrzeby niektórych dzieci, poświęcają im sporo czasu oraz wykazują dużo aktywności, aby skutecznie je wspierać. W sytuacji, kiedy wszystko zaczyna iść w „dobrą stronę”, a dorosły jest bliżej dziecka i jego spraw, ono zwiększa dystans bądź wycofuje się z relacji.

„Czyny skuteczniejsze od słów”

W wyniku przeżytych doświadczeń, dzieci zaniedbywane przez rodziców uczą się, że słowa są mało skuteczne. W efekcie mają trudności ze społecznie aprobowaną formą wyrażania własnych potrzeb i emocji, a zwłaszcza ich werbalizacją. Dzieci te w miejsce słów, wybierają czyny i to te zdecydowane, gwałtowne, spektakularne, często nacechowane agresją. Można to często zaobserwować w sytuacji konfliktu, kiedy od początku próbują go rozwiązać w sposób siłowy.

„Zwróć na mnie uwagę”

Dzieci, które były zaniedbywane, nie otrzymywały oczekiwanej uwagi. Nauczyły się, że mogą ją uzyskać kiedy zachowują się głośno i wyzywająco. Dzieci z doświadczeniem traumy często uciekają się do manipulacji i prowokacji. Szokują swoim zachowaniem, zazwyczaj w opozycji i buncie do autorytetów oraz zasad. Bywa, że próbują przyciągnąć uwagę wesołkowatym zachowaniem, błaznowaniem i prześmiewaniem innych.



„Trudne słowa na nie”

Dzieci borykające się z konsekwencjami złożonej traumy, zwłaszcza tej związanej z zaniedbaniem, mogą ze szczególną dezaprobatą odnosić się do słowa „NIE”. Powoduje ono często ogromną frustrację i uruchamia opór oraz walkę.

„Płynne granice”

Innym powszechnie spotykanym sposobem reakcji, w zakresie relacji interpersonalnych, stanowi tendencja do przekraczania granic, zarówno w aspekcie fizycznym, jak też psychicznym. Jest ona szczególnie widoczna w postawach nacechowanych dużą dozą agresji czy uległości. Zazwyczaj bywa konsekwencją wcześniejszych doświadczeń dziecka, spowodowanych naruszaniem jego granic (np. przekraczanie granic dziecka w wyniku krzywdzenia lub wykorzystania). Ponadto dzieci mogą w ten sposób testować otoczenie, na ile jest ono bezpieczne.

„W trójkącie informacji”

Innym przykładem strategii stosowanej przez dziecko, może być manipulowanie informacją i przejęcie kontroli nad komunikacją, np. dorosłych z najbliższego otoczenia. Dzieci z doświadczeniem traumy mają skłonność do włączania się w komunikację, która ich dotyczy, np. w komunikację pomiędzy dwojgiem opiekunów zastępczych. Bywa, że dziecko realizując tę strategię, przekazuje każdej ze stron inne informacje i często konfliktuje je ze sobą. Dzieci te wcześniej zmuszane były do oszukiwania i kradzieży, czy też utrzymywania w tajemnicy tego, co dzieje się w ich rodzinach. Często dopuszczały się manipulacji, aby uchronić się przed przemocą.

„Nowe = niebezpieczne”

Tę strategię łatwo zaobserwować w środowisku szkolnym. W procesie przyswajania nowej wiedzy i umiejętności, konieczna jest pewna doza elastyczności, poszukiwanie rozwiązań, odchodzenie od utartych schematów. Z tym mogą mieć problem uczniowie z doświadczeniem traumy. Mają oni bowiem skłonność do schematyzmu, sztywności, rutyny, rytuałów i kurczowego trzymania się wyuczonych szlaków. Służy to uczynieniu świata bezpieczniejszym i bardziej przewidywalnym.

„Blisko dorosłego!”

Aby poczuć się bezpieczniej w nowej, a więc stresującej i postrzeganej jako zagrażająca rzeczywistości, niektóre dzieci, zwłaszcza młodsze, wydają się zabiegać o bliskie relacje z dorosłymi, nie tylko najbliższymi opiekunami. Mogą wówczas skracać dystans, wykazywać lepkość emocjonalną, być nad wyraz przymilni i usłużni, jakby za wszelką cenę chcieli się przypodobać oraz zaskarbić sobie względy dorosłego.

„Mnie tu nie ma”

Są także dzieci nad wyraz poprawne, przestrzegające zasad, skryte i małowówne, powściągliwe w wyrażaniu swoich opinii oraz potrzeb. Unikają kontaktów, a szczególnie sytuacji konfliktowych. Sprawiają wrażenie zdystansowanych i wycofanych. Mocno kontrolują swoje reakcje, nie pozwalając sobie na okazywanie emocji. Unikają zwracania na siebie uwagi, jakby chciały się i schować i pozostać niewidzialne. Bywają np. uczniowie, którzy pomimo tego, że są przygotowani do lekcji lub mają odrobioną pracę domową, rezygnują z odpowiedzi na forum klasy. Za tą strategią, stoją często negatywne przekonania o sobie oraz niski poziom poczucia własnej wartości i zaufania do swoich kompetencji.

2. Pozytywna odpowiedź opiekuna – opieka oparta na wiedzy o traumie

W tym rozdziale przedstawimy znaczenie świadomości traumy i wiedzy o niej. Wskażemy umiejętności, które powinien mieć opiekun, aby zbudować z dzieckiem relację i w dojrzały sposób odpowiedzieć na „dziecięce strategie przetrwania”. Podkreślimy znaczenie otwartości opiekuna w spojrzeniu na siebie i własne potrzeby, w celu przeciwdziałania konsekwencjom wypalenia zawodowego, zmęczenia współczuciem, czy wtórnego stresu traumatycznego.

Konstruktywna strategia dorosłych w odpowiedzi na strategie przetrwania dzieci

Aby być wspierającym dorosłym dla dzieci z doświadczeniem traumatycznym, opiekun zastępczy powinien mieć wiedzę o zjawisku traumy oraz jej możliwym wpływie na dziecko, jak również na samego siebie. Świadomość owych konsekwencji poszerza „okno tolerancji” wobec „złego zachowania” i niestandardowych reakcji dzieci, które często przyjmują formę zmodyfikowanych strategii przetrwania. Pozwala dostrzec rzeczywiste, choć często skrzętnie ukrywane potrzeby dzieci i wreszcie – w oparciu o bliską relację – pozytywnie na nie odpowiedzieć. Pomaga także samemu opiekunowi uchronić się przed skutkami przeciążenia i stresu, wynikających z opieki nad strauumatyzowanym dzieckiem. Przy czym poszerzenie „okna tolerancji”, nie oznacza, że dzieci mogą naruszać wszelkie zasady. **Dysfunkcyjne i zagrażające zachowanie musi spotkać się z adekwatną reakcją, ale jednocześnie potrzeby dziecka powinny być zaspokojone i nie może być ono karane za przejawianie symptomów traumy.** Istotnego znaczenia nabiera zatem znajomość dziecka, jego środowiska i historii, w tym jej części, naznaczonej zranieniem.

Wszelkie oddziaływania wychowawcze powinny uwzględniać potrzebę zapewnienia dzieciom bliskiej i wspierającej oraz jeśli to możliwe, długotrwałej relacji z opiekunem zastępczym, jak również zapewnienia im bezpieczeństwa, stałości, przewidywalności i dobrostanu. Koncentracja na zasobach dziecka, jego talentach, zainteresowaniach i mocnych stronach, a także stwarzanie mu okazji do podnoszenia poziomu poczucia własnej wartości, może być pomocne nie tylko w zmaganiu się z konsekwencjami traumy, ale przede wszystkim, rozwijaniu pozytywnej narracji o sobie.

Wychowanie oraz opieka nad zranionymi dziećmi, powinny w sposób szczególny być skoncentrowane na przywracaniu poczucia bezpieczeństwa, stałości i przewidywalności oraz dobrostanu, w oparciu o uzdrawiającą relację z opiekunem. Opiekun powinien również dzielić się swoją wiedzą z innymi ważnymi dla dziecka dorosłymi, tak by właściwa pomoc i wsparcie były mu zapewnione, w każdym środowisku, w którym ono funkcjonuje.

Poniżej przedstawione propozycje i rekomendacje mogą okazać się pomocne w pracy z dziećmi z doświadczeniem traumy, zarówno w środowisku domowym, jak i szkolnym.

Zacznij od początku – tworzenie bezpiecznej bazy

Początek pracy z dzieckiem, które ma za sobą traumatyczne doświadczenia, powinien polegać na zaaranżowaniu dla niego przyjaznego, bezpiecznego, troskliwego otoczenia, zarówno w aspekcie fizycznym, jak i społeczno-emocjonalnym. Reakcje tego otoczenia dziecka, muszą stać się odpowiednikiem kluczowych doświadczeń z wczesnego dzieciństwa, które umożliwią budowanie relacji opartej na zaufaniu. Najistotniejsze są: konsekwentna, niemal stała dostępność opiekuna, bezwarunkowy szacunek do dziecka i pełna troski, odpowiedź na jego potrzeby (przejawiane przez nie w sposób nieraz trudny do odszyfrowania), bezwarunkowe zaspokajanie podstawowych potrzeb. Szczególnie pomocne dla dziecka są przewidywalne reakcje dorosłych, stawianie bardzo jasnych wymagań i wyjaśnianie dziecku niezrozumiałych zasad, aktywne chronienie go przed zagrożeniami. Dzięki takiemu oddziaływaniu, wczesne doświadczenia dziecka związane z opiekunami niedostępnymi, nieprzewidywalnymi i zagrażającymi, są kompensowane, a ono samo może doświadczać licznych pozytywnych interakcji z opiekunami. Właściwie zaaranżowane otoczenie, jako odpowiednik figury przywiązania, umożliwia powstawanie bezpiecznego modelu przywiązania, także u dzieci, przebywających w placówkach opiekuńczo-wychowawczych, będących pod opieką kilkorga wychowawców.

Rozszyfruj wiadomość

Trudne do przyjęcia zachowania oraz reakcje dzieci stanowią często wyuczone i utrwalone formy reakcji na pierwotny stres traumatyczny pojawiające się w obliczu nowych zagrożeń. Bywają także formą zaburzonej komunikacji własnych niezaspokojonych potrzeb. Taką aktywność dzieci można próbować odczytać jak „zaszyfowaną wiadomość”, a następnie postarać się znaleźć na nią pozytywną odpowiedź. Schemat takiej reakcji przedstawia się następująco.

- ✓ Zachowanie/reakcja dziecka (Co robi? Co mówi? Jak reaguje?).
- ✓ Kontekst sytuacyjny (Okoliczności wystąpienia zachowania/reakcji dziecka, kto lub co je wywołało lub mogło mieć na nie wpływ?).
- ✓ Identyfikacja rzeczywistej, a ukrytej potrzeby/potrzeb dziecka (Jaka niezaspokojona potrzeba/potrzeby może/mogą kryć się za określonym zachowaniem/reakcją/wypowiedzią? „Teraz najbardziej potrzebuję/najbardziej mi potrzeba ...”).
- ✓ Pozytywna reakcja na rzeczywistą, a ukrytą potrzebę dziecka (Co jest możliwe do zrobienia? Kto może to zrobić? Jakie zasoby są można zaangażować? Jakie wsparcie jest potrzebne?).

Powiedz mi coś – czyli potrzeba wyrażona słowem

Zaniedbania ze strony rodziców lub opiekunów oraz deficyt w werbalizacji własnych potrzeb, każe zranionemu dziecku pomijać je i od razu przechodzić do działania. Najczęściej stanowi ono zmodyfikowaną opcję walki lub ucieczki. Dlatego też należy wykorzystywać każdą okazję, aby motywować dziecko do opisywania swoich stanów, uczuć, potrzeb i dążeń. Przede wszystkim daje to dorosłemu szansę na wejście w interakcję z dzieckiem, co ma zawsze istotne znaczenie w szerszym procesie budowania relacji między nimi. Ponadto sprzyja zrozumieniu motywów kierujących postępowaniem dziecka. Jednak, co niezwykle ważne, przyczynia się do obniżenia jego napięcia oraz powoduje aktywację „mózgu racjonalnego”, a tym samym – zwiększa możliwości kontrolowania przez nie zachowania i jego regulacji.

Można skorzystać z następujących przykładów:

- *Potrzebuję twoich słów.*
- *Powiedz mi proszę, o co chodzi.*
- *Czego teraz chcesz, na czym ci zależy?*
- *Wydaje mi się, że jesteś ..., daj mi proszę znać, jak ty to odczuwasz.*
- *Powiedz, proszę, co teraz czujesz?*



Co mnie „nakręca”

W poprzednich częściach opracowania, sporo uwagi poświęciliśmy mechanizmom spustowym, które mogą mieć różną formę oraz uruchamiać różnorodne zmysły, a w konsekwencji reakcje dzieci. Niezwykle istotne jest, aby opiekun próbował poznać przynajmniej te kluczowe z nich, które mogą zachwiać bezpieczeństwem dziecka. Ma on wówczas większą szansę przewidzieć trudne sytuacje i – jeśli jest to możliwe – pomóc dziecku się na nie przygotować. Dorosły powinien ostrzegać dziecko, ilekroć może zdarzyć się coś niezwykłego, co związane jest z nagłą zmianą, z pojawieniem silnych bodźców dźwiękowych, wizualnych oraz aktywizujących zmysł powonienia, np.: wyłączanie światła czy wywołanie nagłego hałasu. Powinien mieć także świadomość tego, że niektóre zachowania i reakcje dziecka mogą działać także na niego jak mechanizm spustowy.



Odtwarzanie – to nie jest przeciwko Tobie

Ważne, aby opiekun miał świadomość, że większość dzieci z doświadczeniem traumy ma tendencję do jej odtwarzania. Odbywa się to często poprzez zabawę lub interakcje z innymi. Niektóre dzieci mogą prowokować opiekunów zastępczych lub konfrontować się z nimi, aby powtórzyć coś, czego doświadczyli w domu, od swoich bliskich. Nie tylko nowi opiekunowie, ale także nauczyciele mogą pełnić rolę obiektu przywiązania oraz autorytetu, dzieci często kojarzą ich z rodzicami i wprowadzają te same wzorce w relacjach z nimi. Należy także pamiętać, że prowokacyjne zachowanie może być starym i sprawdzonym, choć dysfunkcyjnym, sposobem dziecka na uzyskanie uwagi ze strony dorosłego. Niezwykle istotne jest, aby dorosły potrafił zdystansować się do tego typu zachowań i nie odbierał ich personalnie, jako skierowanych przeciwko sobie ataków, nakierowanych na zdyskredytowanie jego osoby. Nie jest to łatwe wyzwanie, jednak znajomość dziecka oraz historii jego traumy stanowią w tym względzie istotne wsparcie.



Pomocne mogą okazać się następujące propozycje:

- ✓ Bądź blisko dziecka, przebywaj w tym samym pomieszczeniu, często nawiązuj z dzieckiem kontakt wzrokowy.
- ✓ Stwarzaj okazję do ruchu, relaksacji, gier i zabaw.
- ✓ Zaangażuj dziecko w roli Twojego pomocnika.
- ✓ Dawaj dziecku krótkie, jasne polecenia.
- ✓ Jeśli zwracasz się do dziecka, wypowiedz jego imię i poczekaj na kontakt wzrokowy, a następnie zwróć się z prośbą lub pytaniem.
- ✓ Nagradzaj, aby motywować dziecko raczej do podejmowania wysiłku, niż osiągnięcia ostatecznego rezultatu.
- ✓ Oddzielaj zachowanie od osoby/dziecka.

Dostrajamy się, bezpieczny opiekun – bezpieczne dziecko

Opiekun, w miarę poznawania dziecka i budowania bliższej z nim relacji, jest w stanie w coraz większym stopniu dostrzec jego potrzeby, często nawet bez konieczności ich werbalizacji. Pomaga mu to także w rozpoznaniu pierwszych sygnałów, świadczących o narastającym niepokoju dziecka, zanim jeszcze przejmą nad nim kontrolę przytłaczające emocje i da się wciągnąć w wir walki lub ucieczki. Daje to także opiekunowi szansę na reakcję uprzedzającą, która obniży napięcie oraz nadmierny niepokój dziecka, a w dalszej perspektywie, pomoże wypracować sposoby bezpiecznego rozładowywania napięcia. Empatia, spokój, opanowanie oraz kontrolowanie własnych reakcji emocjonalnych, odgrywają w tym

względnie kluczową rolę. Znaczenie ma także postawa ciała, gestykulacja, mimika i ton głosu. Niezwykle istotne są wszystkie, nie do końca uświadomione, niewerbalne sygnały, mówiące o poczuciu bezpieczeństwa lub jego braku. Dziecko ma bowiem szansę, na różnych poziomach swojej percepcji, dostroić się do dorosłego, uspokajać się i uczyć radzenia ze swoim napięciem. Dlatego niezwykle ważne jest utrzymywanie stałej gotowości opiekuna do zadbania o swoją równowagę, własne poczucie bezpieczeństwa i dobrą kondycję psychofizyczną.

Kontenerowanie, czyli jak nie odpłacić pięknym za nadobne

Szczególnie, kiedy dziecko utrwaliło u siebie walkę jako dominujący typ reakcji na zagrożenie, opiekun może doświadczać jego werbalnej i fizycznej agresji. Niezwykle istotna jest w tej sytuacji umiejętność przyjęcia i czasowego zatrzymania na sobie tej „fali uderzeniowej”. Odpowiedź agresją na agresję wiązałaby się z utrwalaniem destrukcyjnej strategii dziecka. Ograniczałaby także możliwość budowania relacji, opartej na bezpieczeństwie i zaufaniu, a nie przemocy. Ważne jest, aby opiekun po zaistnieniu zdarzenia umiał „rozładować kontener trudnych emocji”, np. oddychaj głęboko i kiedy oddychasz, wyobraź sobie, że napięcie oraz uczucia towarzyszące danej sytuacji powoli zanikają, spróbuj się przeciągnąć lub „wytrząsnąć z siebie” napięcie, zaopiekuj się sobą w sposób, który najbardziej lubisz albo po prostu, porozmawiaj o tym z kimś bliskim.

Jestem na TAK, czyli moc pozytywnego komunikatu

Wspomnieliśmy w poprzedniej części, że dzieci z doświadczeniem traumy chronicznej i złożonej, zwłaszcza nastolatki, mają tendencję do „alergicznym” reakcji na komunikat „NIE”. Może on bowiem przenosić je do tych doświadczeń i przeżyć z przeszłości, kiedy przekaz „NIE” pojawiał się dosłownie lub dominował jako stała tendencja zaniedbujących opiekunów w odpowiedzi na rozwojowe potrzeby dziecka. Dlatego też niezwykle ważne i pomocne mogą być próby budowania pozytywnych przekazów i możliwie powszechne stosowania komunikatów z użyciem słowa „TAK”. To przesłanie powinno być uwzględnione w przypadku przekazywania dziecku poleceń, ale także w trakcie interwencji czy dyscyplinowania. Nawet w sytuacji, kiedy odmowa wydaje się jedyną zasadną opcją, możliwe jest przeformułowanie komunikatu na pozytywny, np. na pytanie dziecka w środku odrabiania lekcji: *Czy mogę iść się pobawić?*”, możliwa jest odpowiedź: *„Tak, pobawimy się wspólnie, zaraz po tym, jak skończymy odrabiać lekcje”*.

Jestem..., kiedy jestem bezpieczny

Jedynie czując się wystarczająco bezpiecznym, dziecko ma dostęp do swojego „mózgu racjonalnego” (kora nowa), który pozwala mu odnaleźć się w relacji ze sobą i innymi, uczyć się, a także dobrze radzić sobie w trudnych sytuacjach.

Samoregulacja, czyli radzenie sobie z wewnętrznym bólem, cierpieniem, napięciem i uczenie regulacji swoich emocji, są oparte na bliskiej relacji z dorosłym oraz możliwe w bezpiecznych warunkach. Dlatego też **opiekunowie powinni mieć na względzie maksymalizację bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego dziecka**. Zwłaszcza w przypadku dzieci i młodzieży z historią krzywdzenia lub wykorzystania, niezwykle istotna jest kwestia poszanowania ich granic. Należy mieć to szczególnie na uwadze, kiedy w kontekście budowania relacji z dzieckiem, zmniejsza się dystans lub dochodzi do kontaktu fizycznego, np. próba przytulenia czy objęcia ramieniem dziecka przez opiekuna. Równie istotne jest poszanowanie granic psychicznych. W warunkach szkolnych, kiedy przy dziecku nie ma opiekuna zastępczego, a jego uczucia staną się zbyt przytłaczające, należy rozważyć możliwość czasowego opuszczenia przez ucznia klasy, aby mógł udać się do wyznaczonej osoby dorosłej, takiej jak pedagog lub pielęgniarka szkolna. Można rozważyć potrzebę zapewnienia w szkole kameralnego, odpowiednio wyposażonego, osobnego pomieszczenia, które pełniłoby rolę czasowego schronienia. Tam, w bezpiecznych warunkach, pod opieką osoby dorosłej, z dala od ciekawskich rówieśników, dziecko mogłoby stawić czoła przytłaczającym emocjom oraz odzyskać równowagę. Szczególnie w sytuacjach kryzysowych, np. w przypadku zagrożenia bezpieczeństwa, na skutek przejawów agresji lub autoagresji uczniów, powinny być opracowane i wdrożone w szkole procedury reagowania.



W kontekście bezpieczeństwa dziecka pomocne mogą być ponadto następujące wskazówki:

- ✓ Zwiększaj poziom wsparcia i zachęty dla zranionego dziecka. Poszukaj osoby dorosłej, która może zapewnić dodatkowe wsparcie w razie potrzeby.
- ✓ Ustal wyraźne granice wobec niewłaściwych zachowań i stosuj raczej naturalne lub logiczne niż karne konsekwencje.
- ✓ Nawet najbardziej destrukcyjne zachowania mogą być spowodowane niepokojem związanym z traumą. Uznaj, że problemy w zachowaniu mogą być przejściowe.
- ✓ Ustal czas i miejsce na spotkanie oraz rozmowę, aby pomóc dziecku w zrozumieniu tego, co się stało.
- ✓ Udzielaj prostych i realistycznych odpowiedzi na pytania dziecka, dotyczące traumatycznych wydarzeń. Jeśli nie jest na to odpowiedni moment, pamiętaj, aby dać dziecku czas i miejsce do rozmowy oraz zadawania pytań.

Mam wybór – mam wpływ – mam kontrolę

Traumatyczne wydarzenia powodują utratę kontroli i chaos. Dzieci narażone na długotrwałe krzywdzenie lub zaniedbywanie przez opiekunów, często były zmuszane latami znosić sytuacje bez wyjścia. Poza tym doświadczenie uczyło ich, że mają ograniczony wpływ na to, co dzieje się z nimi i wokół nich. W związku z tym, mogą mieć utrwaloną sztywność postępowania oraz trzymać się wyuczonych schematów, chociaż te wcale nie przynoszą pozytywnych rozwiązań.

Opiekun może podnieść poziom bezpieczeństwa dziecka, poprzez dawanie mu wyboru i jednocześnie wpływu, a przez to stopniowe przejmowanie kontroli nad własnym zachowaniem. Poza tym, taka postawa aktywizuje dziecko do podjęcia działania. Pomocne może być zapewnienie mu możliwości prostego wyboru, np. „Zdecyduj, wybierasz/robisz X lub Y”.

Rezyliencja – nawigacja w stronę tego, co daje siłę

Opiekun powinien poznać zasoby dziecka z doświadczeniem traumy, zwłaszcza te, które pozwoliły mu przetrwać w trudnych warunkach. Ta świadomość pomoże nie koncentrować się jedynie na tym, co nie pomaga, lecz wzmacniać wszystkie te kompetencje dziecka, dzięki którym jest ono w stanie stawiać czoła codziennym wyzwaniom, np. może to być umiejętność adaptacji do nowych warunków i częstych zmian, gotowość na budowanie nowych relacji, czy radzenie sobie w trudnych warunkach bytowych.

Istotne jest rozpoznanie wspierających relacji, które dziecko zdołało zbudować i utrzymać w dotychczasowym życiu. Opiekun zastępczy może pomóc utrzymywać te relacje i zapoczątkować tworzenie większej sieci wsparcia dla dziecka, w jego nowym otoczeniu, uwzględniając nie tylko pomocnych dorosłych, ale i rówieśników, którzy mogą stać się jego przyjaciółmi.

Ważna jest identyfikacja mocnych stron, talentów, zainteresowań oraz pozytywnych aktywności dziecka, tego wszystkiego, co je stabilizuje, odpręża i pozytywnie wpływa na jego samopoczucie. Stwarzanie okazji do samorealizacji, może pomóc dziecku z doświadczeniem traumy, w podniesieniu poziomu własnej wartości, a także przyczyniać się do powstawania nowej, pozytywnej narracji o sobie, jak również nadaniu nowego sensu własnej trudnej historii.

Dostrzec szczególne potrzeby

Dzieci zmagające się z konsekwencjami traumy złożonej, powinny być w pewnym aspekcie traktowane jak dzieci ze specjalnymi potrzebami. Takie podejście wiąże się z koniecznością wdrożenia zindywidualizowanego podejścia w aspekcie edukacyjnym, w możliwie szerokim zakresie. W związku z tym, należy rozważyć potrzebę odroczenia obowiązków szkolnego lub jego krótkotrwałego zawieszenia, kiedy adaptacja do nowych warunków i bezpieczeństwo stanowi dla dziecka priorytet, a zmiana szkoły oraz klasy wiąże się z dużym stresem, np. kiedy dziecko przechodzi z jednej formy pieczy zastępczej do innej albo zostaje oddzielone od swojej rodziny i trafia do placówki interwencyjnej.

Jedną z form indywidualizacji podejścia, może być stosowane czasowo indywidualne nauczanie. Natomiast, kiedy dziecko ze specjalnymi potrzebami bierze udział w standardowym toku lekcyjnym,

należy rozważyć potrzebę skracania zadań, wydłużenie czasu na ich wykonanie, czy też zapewnienia pomocy dodatkowego nauczyciela lub pedagoga.

Chociaż strauumatyzowane dziecko nie musi spełniać kryteriów kwalifikacyjnych w zakresie edukacji specjalnej, można rozważyć taką ewentualność na pewien okres.

Wychodzenie z traumy – odzyskiwanie ciała, dobrostan, odprężenie i relaksacja

Stawianie czoła konsekwencjom traumy, zwłaszcza tej związanej z naruszeniem fizycznych granic, w wyniku różnych form krzywdzenia, a w związku z tym utrwaleniem zamrożenia/zastygnięcia, jako dominującej reakcji na zagrożenie, polega na „odzyskiwaniu przez dziecko własnego ciała”, przywracaniu jego granic, czucia i świadomości, a także stwarzaniu naturalnych okazji do odprężenia i relaksacji. Ważne jest, aby to wszystko miało miejsce w interakcji z osobą dorosłą lub rówieśnikiem oraz – jeśli to możliwe – w naturalnym, bezpiecznym kontakcie fizycznym. Szczególną rolę mają tutaj swobodne zabawy w domu, zabawy na dworze, kontakt z naturą, zajęcia sportowe i inne aktywności ruchowe w szkole. W domu lub przy domu, warto mieć bujane meble, hamak, huśtawkę, trampolinę, matę lub materac do ćwiczeń. W szkole dzieci powinny mieć stworzone warunki do naturalnego odreagowania napięć pomiędzy poszczególnymi lekcjami (np.: możliwość gier i zabaw ruchowych w trakcie przerwy lub oczekiwania na lekcję, na dziedzińcu szkolnym, czy w większym pomieszczeniu dla dzieci ze szkoły podstawowej). Należy rozważyć możliwość włączenia dziecka w zajęcia relaksacyjne, praktykę uważności.

Niebagatelną rolę w naturalnym powiększaniu przestrzeni bezpieczeństwa, odprężenia, świadomości swojego ciała i dobrego samopoczucia, odgrywają różne formy zajęć tanecznych, wokalnych, teatralnych oraz plastycznych. Sport, rekreacja, aktywna turystyka, jak również wspomniane formy działań artystycznych, szczególnie połączone z aktywnością fizyczną, sprzyjają wzrostowi poziomu endorfin - hormonów „przyjemności i szczęścia”, np. serotoniny.

Ponadto należy pamiętać, że dla zapewnienia dobrej kondycji zarówno ciała, jak i mózgu w trakcie szkolnego dnia, niezwykle ważne jest zadbanie o systematyczne nawodnianie i właściwe odżywienie dziecka. To także w konsekwencji stabilizuje go i odpręża.

Strategia łącząca, czyli nasza relacja jest szansą

Trauma zaczyna się zwykle w relacji, zarówno w kontekście krzywdzenia (nadmiarowa, przekraczająca, przytłaczająca obecność, nacechowana przemocą), jak i zaniedbania (brak obecności lub niewystarczająca obecność, ucieczka lub unikanie). W relacji, zapewniającej dziecku uwagę i czas ze strony dorosłego, może nastąpić uzdrowienie. Dlatego też, niezwykle istotna jest potrzeba uwzględniania „strategii łączącej”, tj. wykorzystanie każdej nadarzającej się okazji do nawiązania i utrzymania wspierającej relacji z dzieckiem. Znaczące są w tym względzie wszystkie naturalne w procesie opiekuńczo-wychowawczym pozytywne i neutralne sytuacje, jak codzienne interakcje, czy wszelkie przejawy wsparcia ze strony opiekuna. Jednak nie mniejszą rolę odgrywają kryzysy i konflikty na linii opiekun – podopieczny, zwłaszcza kiedy wysiłek obu stron wieńczy porozumienie, które jeszcze bardziej cementuje relację. Straumatyzowane dziecko przez doświadczenie uczy się konstruktywnych sposobów zaspokajania własnych potrzeb, odzyskuje wówczas zaufanie do ludzi (szczególnie dorosłych) i otaczającego świata. Taka pozytywna odpowiedź opiekuna na potrzeby dziecka, kończąca się ich zaspokojeniem i ulgą, musi nastąpić wiele tysięcy razy, by pomóc dziecku wrócić na prawidłową trajektorię rozwoju i wytworzyć właściwą formę przywiązania.

Z drugiej strony, należy unikać stosowania „strategii rozłączającej”, np. kiedy opiekun nie podejmuje próby rozwiązywania konfliktowej sytuacji w interakcji z dzieckiem, ale izoluje je lub od razu odsyła do innej osoby, oczekując że ta ostatnia zdyscyplinuje je lub ukarze. Innym przykładem „strategii rozłączającej” może być pochopne umieszczenie dziecka w ośrodku socjoterapeutycznym lub wychowawczym (MOS/MOW) czy przeniesienie go do innej formy pieczy zastępczej albo szkoły, bez wyczerpania wszystkich dostępnych form wsparcia. Taka negatywna odpowiedź opiekuna utrwala nieprawidłowy wzorzec przywiązania i potwierdza przekonanie dziecka o tym, że jest mało ważne, a dorośli nieprzyjazny oraz niedostępny.

„Strategia łącząca” przejawia się także, w pewnym sensie, we wszystkich formach współpracy opiekuna z osobami znaczącymi dla dziecka, nauczycielami, przedstawicielami służb i instytucji pomocowych, jeśli tego wymaga sytuacja. Przyczynia się ona do budowania sieci wsparcia, skoncentrowanej na dziecku i jego potrzebach. Przykładem aktywności, uwzględniającej takie podejście, jest udział znaczących dla dziecka osób w pracy zespołu ds. okresowej oceny sytuacji dziecka, a tym samym włączanie się w proces wspierania jego rozwoju.

Po pomoc do specjalisty

Krótko- lub długoterminowe konsekwencje traumy mogą być bardzo dotkliwe dla dziecka i jego opiekunów. Oprócz znacznego cierpienia, obniżenia poziomu życiowej energii oraz niezdolności do stawiania czoła codziennym wyzwaniom, u dziecka mogą pojawić się zaburzenia i choroby, a nawet ryzyko próby samobójczej. Istotne jest, aby świadomy opiekun korzystać z pomocy specjalistów, tj. lekarza, psychiatry, psychologa, psychoterapeuty – dla siebie i dziecka. Specjalista pomoże zdecydować, czy na tym etapie właściwa jest psychoterapia dziecka. Wskazane jest, aby opiekun systematycznie korzystał z konsultacji oraz superwizji, w zakresie wychowania i pracy z dzieckiem z doświadczeniem traumy.

Terapie rekomendowane przez The National Child Traumatic Stress Network (USA) w pracy z osobami, które doświadczyły traumy, to m.in.:

- ✓ Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) – nazwa ta najczęściej tłumaczona jest na język polski jako terapia odwracania za pomocą ruchu gałek ocznych;
- ✓ Child-Parent Psychotherapy (CPP) – psychoterapia dziecko-rodzic;
- ✓ Prolonged Exposure Therapy for Adolescents (PE-A) – długotrwała terapia ekspozycji dla młodzieży.

Dzieci, które doświadczyły traumy, jak również opiekunowie, zajmujący się nimi mogą korzystać również z różnorodnych form skoncentrowanych na pracy z ciałem, czy też korelacji ciało – umysł, takich jak np. analiza bioenergetyczna Lowena, TRE® (Trauma Release Exercises), czy SE (Somatic Experiencing®).

Ponadto pomocne mogą być następujące podejścia terapeutyczne i formy wsparcia:

- ✓ Dyadic Developmental Psychotherapy (DDP);
- ✓ Theraplay;
- ✓ mentalizacja;
- ✓ podejście narracyjne w terapii traumy;
- ✓ Trening Zastępowania Agresji (TZA/ ART);
- ✓ trening profesjonalnej odpowiedzi/reakcji na atak (PART);
- ✓ Original Play;
- ✓ TBRI (Trust Based Relational Intervention) – Interwencja Relacyjna Oparta na Zaufaniu.

Jak się nie dać?

Opiekunowie i wychowawcy, konfrontując się z konsekwencjami traumy swoich podopiecznych, sami narażeni są na bezpośrednią lub pośrednią traumatyzację, objawiające się zaburzeniami w postaci wtórnego zespołu stresu pourazowego czy zmęczenia współczuciem.

W przeciwieństwie do innych form wypalenia zawodowego, wtórny zespół stresu pourazowego i zmęczenie współczuciem nie wynikają z przeciążenia pracą oraz ze stresu instytucjonalnego, ale są konsekwencją reakcji na traumę osób, z którymi pracujemy (dzieci i młodzieży w pieczy zastępczej). Oba zaburzenia mogą znacząco obniżać poziom satysfakcji życiowej, destrukcyjnie wpływać na życie osobiste i ogólne poczucie bezpieczeństwa.

Do symptomów opisanych powyżej typów pośredniej traumatyzacji należą:

- ✓ nasilenie reakcji unikowych ze strony opiekuna w stosunku do stresujących sytuacji, zachowań, reakcji dzieci;
- ✓ intensywne zaabsorbowanie podopiecznymi i ich sprawami;
- ✓ zwiększona drażliwość lub niecierpliwość w relacji z dzieckiem;
- ✓ trudności w planowaniu pracy z dzieckiem;
- ✓ powracające, niepokojące myśli, koszmary nocne, retrospekcje dotyczące zdarzeń traumatycznych, których doświadczyło dziecko;
- ✓ zaprzeczanie, że traumatyczne wydarzenia wpływają na dziecko, uczucie odrętwienia lub oderwania;
- ✓ wzrost pobudzenia;
- ✓ zmniejszona koncentracja;
- ✓ myśli o przemocy, odwecie, zemście wobec dziecka;
- ✓ uczucie osamotnienia i alienacji, braku kogoś z kim można by porozmawiać;
- ✓ poczucie uwięzienia, "zainfekowania" przez traumę, negatywnych przekonań na swój temat;
- ✓ trudność w oddzielaniu pracy od życia osobistego.

Z uwagi na powyższe proponujemy rekomendacje i wskazówki, które mogą okazać się pomocne w codziennej pracy.

1. Bądź świadomy/ma znaczenia symptomów wtórnego stresu pourazowego i zmęczenia współczuciem.

2. Nie bądź sam/a. Szanując poufność swojego podopiecznego, uzyskaj wsparcie, pracując w zespołach, rozmawiając z innymi osobami zaangażowanymi w proces pomocy dziecku i prosząc o wsparcie specjalistów, przełożonych lub współpracowników.

3. Rozpoznaj zmęczenie współczuciem jako zagrożenie zawodowe. Kiedy opiekun/wychowawca zbliża się do dzieci z otwartym sercem i „wrażliwym uchem”, może rozwinąć się wtórny stres pourazowy lub zmęczenie współczuciem. Zbyt często opiekunowie oceniają się jako niewystarczających lub niekompetentnych, jeśli chodzi o silne reakcje na uraz dziecka. Wtórny zespół stresu pourazowego i zmęczenie współczuciem nie są oznaką słabości lub niekompetencji, to raczej **koszt opieki**.

4. Szukaj pomocy, w przypadku swoich własnych traum.

Każda osoba dorosła pomagająca dzieciom z doświadczeniem traumy, która ma również swoje własne nieprzepracowane zranienia traumatyczne, jest bardziej narażona na wtórny zespół stresu pourazowego i zmęczenie współczuciem.

5. Jeśli widzisz w sobie objawy wtórnego zespołu stresu pourazowego i zmęczenia współczuciem, zwróć się do specjalisty, który ma wiedzę na temat traumy.

6. Zaopiekuj się sobą. Wystrzegaj się sytuacji, kiedy opieka i wychowanie dziecka po traumie staje się jedyną twoją aktywnością i definiuje to, kim jesteś. Dbaj o siebie, odpowiednio się odżywiając i ćwicząc, angażując się w zabawę, pamiętając o przerwach na odpoczynek, znajdując czas na refleksję, pozwalając sobie zarówno na śmiech, jak i płacz.



ZAPAMIĘTAJ:

- ✓ Dziecko jest w stanie regulować swoje zachowanie i przyswajać wiedzę, wyłącznie kiedy czuje się wystarczająco bezpiecznie.
- ✓ Rozpoznawanie mechanizmów spustowych oraz identyfikacja rzeczywistych potrzeb rozwojowych ukrytych za dziecięcymi „strategiami przetrwania” pomagają poszerzać własne „okno tolerancji” oraz znaleźć na nie adekwatną i pozytywną odpowiedź.
- ✓ Odpowiednie wsparcie dla dzieci w radzeniu sobie z konsekwencjami traumy, możliwe jest dzięki bliskiej, wspierającej relacji z opiekunami oraz poszerzaniu ich przestrzeni dobrostanu i rezyliencji (odporności).
- ✓ Współpraca z nauczycielami, rodziną biologiczną, osobami znaczącymi dla dziecka oraz organizacjami i instytucjami zajmującymi się pracą z dziećmi i rodziną, przyczyniają się do powstawania spójnej sieci wsparcia dla dzieci. System pomocy dziecku oparty na wiedzy o traumie, tworzy się także dzięki wymianie wiedzy i doświadczeń między opiekunami, specjalistami i innymi osobami wspierającymi dziecko oraz dzięki umiejętnemu stosowaniu tej wiedzy w pracy z dzieckiem.
- ✓ Wiedza o traumie i jej konsekwencjach, świadomość własnych doświadczeń traumatycznych, umiejętne stawianie im czoła, troska o siebie, własną kondycję psychofizyczną oraz swoje bezpieczeństwo, pozwalają być kompetentnym i skutecznym opiekunem.
- ✓ Doświadczenie konstruktywnej relacji z opiekunem/opiekunami, jako konsekwencja „strategii łączącej”, może okazać się dla dziecka uzdrawiające, istotnie wpływać na jego identyfikację i tożsamość, a także być pomocne w tworzeniu nowej, pozytywnej narracji o sobie i otaczającym świecie.

III. ANEKS

W aneksie czytelnik znajdzie przykładowe narzędzia, pomocne we wstępnej interpretacji zachowań dziecka.

ZAŁĄCZNIK NR 1 OCENA TRAUMY ZŁOŻONEJ PRZEZ RODZICÓW I OPIEKUNÓW

Przeczytaj poniższe stwierdzenia. Jeśli odpowiesz twierdząco na dwa lub więcej, możesz rozważyć skierowanie dziecka do pełnej oceny traumy złożonej. Poniższa ankieta jest narzędziem, które pomoże ci zdecydować, kiedy należy szukać profesjonalnej pomocy.

- Dziecko było narażone na wiele potencjalnie traumatycznych doświadczeń.
- Dziecko ma trudności z kontrolowaniem emocji i łatwo staje się smutne, rozgniewane lub przestraszone.
- Dziecko ma problemy z kontrolowaniem zachowania.
- Dziecko często wykazuje znaczne zmiany w poziomie aktywności, wydaje się być nadaktywne lub zbyt pobudzone, a potem dużo spokojniejsze, a nawet spowolnione w reakcjach.
- Dziecko ma problemy z zapamiętywaniem, koncentracją i/lub skupieniem się. Czasami wydaje się półprzytomne lub oszołomione.
- Dziecko ma problemy z jedzeniem, spaniem i/lub uskarża się na objawy somatyczne, chociaż lekarze nie znajdują fizycznych przyczyn tych objawów.
- Dziecko ma trudności w nawiązywaniu i podtrzymywaniu relacji z innymi dziećmi oraz dorosłymi.
- Dziecko wydaje się potrzebować i poszukiwać większej stymulacji niż inne dzieci i/lub łatwo rozpraszają je hałasy, dźwięki, ruchy i inne zmiany w środowisku.
- U dziecka zdiagnozowano wiele zaburzeń psychicznych, ale, jak się wydaje, żadna z tych diagnoz nie wyjaśnia jego problemów.
- Dziecko przyjmuje leki (czasami wiele leków) w związku z postawionymi diagnozami, ale podawane leki nie pomagają.

Na podstawie:

Assessment of Complex Trauma by Parents and Caregivers

The National Child Traumatic Stress Network at www.NCTSN.org

ZAŁĄCZNIK NR 2 OCENA TRAUMY ZŁOŻONEJ DLA OSÓB NIEBĘDĄCYCH SPECJALISTAMI W DZIEDZINIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Jako że nie wszystkie dzieci, które przeżyły traumatyczne doświadczenia, wykazują liczne zaburzenia funkcjonalne związane z traumą złożoną, poniższe pytania mogą pomóc w ustaleniu, czy skierować dziecko/rodzinę do bardziej kompleksowej diagnozy:

- Czy dziecko doświadczyło wczesnej i powtarzającej się ekspozycji na przytłaczające wydarzenia w środowisku opiekuńczym/rodzinnym lub w społeczności lokalnej?
- Czy dziecko ma trudności z regulacją lub kontrolowaniem zachowania, czasami przejawiające się nadpobudliwością, podejmowaniem zachowań ryzykownych lub trudnościami z przestrzeganiem zasad? (Może wystąpić rozpoznanie ADHD leczone z umiarkowanym powodzeniem).
- Czy dziecko ma trudności z utrzymaniem uwagi i koncentracji lub z uczeniem się?
- Czy dziecko wykazuje stałe trudności w relacjach z innymi?
- Czy dziecko ma trudności z regulowaniem stanów fizycznych i emocjonalnych, w tym problemy ze snem, jedzeniem, przetwarzaniem sensorycznym i/lub trudności z regulacją lub rozpoznawaniem/wyrażaniem uczuć?
- Czy u dziecka zdiagnozowano wiele zaburzeń psychicznych, ale żadna z postawionych diagnoz nie zapewnia wystarczającego wyjaśnienia jego problemów?

Na podstawie:

www.NCTSN.org



UWAGA: ZAŁĄCZNIK NR 3 I ZAŁĄCZNIK NR 4 POWINIEN WYPEŁNIĆ SPECJALISTA – PSYCHOLOG LUB PEDAGOG, BAZUJĄC RÓWNIEŻ NA INFORMACJACH UZYSKANYCH OD OPIEKUNÓW I NAUCZYCIELI

ZAŁĄCZNIK NR 3 KWESTIONARIUSZ PRZESIEWOWY CTAC DO OCENY TRAUMY

Identyfikacja dzieci z grupy ryzyka w wieku 6-18 lat

Zaznacz każdą pozycję, która opisuje znane lub podejrzewane doświadczenia dziecka. Jeśli u dziecka wystąpiła ekspozycja na traumę i jeśli obserwuje się niepokojące objawy w co najmniej jednym obszarze, kompleksowa diagnoza może być pomocna w zrozumieniu funkcjonowania i potrzeb dziecka.

1. Czy wiesz lub podejrzewasz, że dziecko doświadczyło któregoś z poniższych:

- _____ znany lub podejrzewany kontakt z narkotykami, poza narkomanią rodziców
- _____ znany lub podejrzewany kontakt z jakąkolwiek inną przemocą, dotąd nie zidentyfikowaną
- _____ niewydolność wychowawcza rodziców (tj. nadużywanie przez rodziców alkoholu/substancji psychoaktywnych lub choroba psychiczna)
- _____ wielokrotne separacje od rodzica lub opiekuna
- _____ częste i wielokrotne zmiany miejsca pobytu lub bezdomność
- _____ przemoc fizyczna
- _____ podejrzewane zaniedbujące środowisko domowe
- _____ przemoc emocjonalna/psychiczna
- _____ ekspozycja na przemoc domową
- _____ wykorzystywanie seksualne lub ekspozycja na przemoc seksualną
- _____ przemoc rówieśnicza
- _____ ekspozycja prenatalna na alkohol/narkotyki lub stres macierzyński
- _____ umieszczanie poza domem, włączając hospitalizację i opiekę zastępczą
- _____ utrata znaczących osób, miejsc itp.
- _____ inne _____

Jeśli nie wiesz o traumatycznych zdarzeniach w życiu dziecka, ale w pytaniach 2, 3 i 4 pojawia się wiele niepokojących objawów, to dziecko mogło doświadczyć traumy, o której dotąd się nie dowiedziałeś. Uwaga: Problemy występujące w poniższych obszarach nie muszą wskazywać na traumę; istnieje jednak silna zależność między tymi objawami a traumą.

2. Czy dziecko wykazuje którekolwiek z tych zachowań:

- _____ nadmierna agresja lub przemoc wobec samego siebie
- _____ nadmierna agresja lub przemoc wobec innych
- _____ wybuchowe reakcje (błyskawiczna eskalacja od 0 do 100)
- _____ nadpobudliwość, łatwe rozpraszenie się, nieuwaga
- _____ bardzo wycofane lub nadmiernie nieśmiałe
- _____ zachowanie opozycyjne i/lub buntownicze
- _____ zachowania seksualne nietypowe dla wieku dziecka
- _____ specyficzne formy roztargnienia/zapominalstwa
- _____ niespójność w zakresie prezentowanych umiejętności
- _____ inne _____

3. Czy dziecko prezentuje następujące emocje lub nastroje:

- _____ nadmierne wahania nastroju
- _____ chroniczny smutek, wydaje się, że dziecka nic nie cieszy
- _____ silne spłaszczenie afektu (zobojętnienie uczuciowe) lub bardzo wycofane zachowanie

_____ nagłe wybuchy gniewu
_____ inne _____

4. Czy dziecko ma problemy w szkole?

_____ słabe lub niedostateczne oceny
_____ niespójne lub nagłe zmiany wyników w nauce
_____ trudności z uznaniem autorytetu/zwierzchności
_____ trudności z koncentracją uwagi i/lub pamięcią
_____ inne _____

Imię dziecka: _____ Wiek: _____ Płeć: _____
Miejsce: _____ Data: _____

Na podstawie:

Henry, Black-Pond, & Richardson (2010), rev: 11/13

Western Michigan University

Southwest Michigan Children's Trauma Assessment Center (CTAC)

ZAŁĄCZNIK NR 4

Uzgodnione kryteria zaproponowane dla rozpoznania posttraumatycznych zaburzeń rozwojowych

- A. Ekspozycja. Dziecko lub nastolatek w dzieciństwie lub we wczesnym okresie dojrzewania, prze okres co najmniej roku, doświadczyło/doświadczył lub było/był świadkiem wielokrotnych lub długotrwałych negatywnych zdarzeń, takich jak:
 - A. 1. Bezpośrednie doświadczenie lub bycie świadkiem powtarzających się i ciężkich epizodów przemocy interpersonalnej;
 - A. 2. Znaczące zaburzenia opieki wynikające z powtarzających się zmian głównego opiekuna; powtarzające się epizody separacji od głównego opiekuna lub ekspozycja na ciężkie i długotrwałe maltretowanie psychiczne.
- B. Zaburzenia regulacji afektywnej i fizjologicznej. Dziecko wykazuje upośledzenie normatywnych kompetencji rozwojowych związanych z kontrolą pobudzenia, w tym co najmniej dwóch spośród poniższych:
 - B. 1. Niezdolność do zmiany, tolerowania ani wyjścia z ekstremalnych stanów emocjonalnych (takich jak strach, gniew, wstyd), w tym przedłużających się i nasilonych napadów wściekłości albo unieruchomienia;
 - B. 2. Zaburzenia regulacji funkcji somatycznych (na przykład przewlekłe zaburzenia snu, jedzenia i wydalania; wygórowane lub stłumione reakcje na dotyk i dźwięki; chaos przy rutynowych zmianach);
 - B. 3. Ograniczona świadomość/dysocjacja od wrażeń, emocji i stanów somatycznych;
 - B. 4. Upośledzona zdolność do opisywania emocji lub stanów somatycznych.
- C. Dysregulacja uwagi i zachowania (ABD – Attentional and Behavioral Dysregulation): dziecko wykazuje upośledzenie normatywnych kompetencji rozwojowych związanych z utrzymaniem uwagi, uczeniem się albo radzeniem sobie ze stresem, w tym co najmniej trzy spośród poniższych:
 - C. 1. Zaabsorbowanie niebezpieczeństwem lub upośledzona zdolność do dostrzegania zagrożeń, w tym nieprawidłowe odczytywanie sygnałów bezpieczeństwa i zagrożenia;
 - C. 2. Upośledzona zdolność do samoochrony, w tym nadmierne ryzykanctwo lub poszukiwanie wrażeń;
 - C. 3. Nieskuteczne próby samouspokojenia (na przykład kiwanie się i inne rytmiczne ruchy, nałogowa masturbacja);
 - C. 4. Nawykowe (intencjonalne lub automatyczne) lub reaktywne samookaleczanie;
 - C. 5. Niezdolność do zapoczątkowania lub utrzymania zachowań ukierunkowanych na cel.
- D. Dysregulacja jaźni i relacji. Dziecko przejawia nieprawidłowe normatywne kompetencje rozwojowe w zakresie poczucia tożsamości i zaangażowania w relacje, w tym przynajmniej trzy z poniższych:
 - D. 1. Silne zaabsorbowanie niebezpieczeństwem opiekuna lub innych bliskich osób (w tym nad wiek rozwinięta opiekuńczość) lub trudności z akceptacją ponownego połączenia z nimi po okresie separacji;

- D. 2. Ustawiczne negatywne emocje w stosunku do własnej osoby, w tym nienawiść do samego siebie, poczucie bezradności, bezwartościowości, nieudolności czy niepełnowartościowości;
- D. 3 Ustawiczna i ekstremalna nieufność, bunt lub brak wzajemności w bliskich relacjach z dorosłymi lub rówieśnikami;
- D. 4 Reaktywna agresja fizyczna lub słowna wobec rówieśników, opiekunów lub innych dorosłych;
- D. 5 Niedostosowane (nadmierne lub bezładne) próby wejścia w intymne relacje (włączając w to kontakty fizyczne czy seksualne, lecz nie ograniczając się tylko do nich) albo nadmierne poleganie na rówieśnikach lub dorosłych, że zapewnią pociechę i bezpieczeństwo;
- D. 6. Upośledzona zdolność do regulacji pobudzenia empatii, czego dowodem jest brak współczucia dla innych lub nietolerowanie u innych przejawów cierpienia albo przeciwnie – nadmierna reakcja na cierpienie innych.
- E. Objawy ze spektrum stresu pourazowego. Dziecko wykazuje przynajmniej jeden z objawów, w co najmniej dwóch z trzech grup objawów PTSD – B, C i D.
- F. Czas trwania zaburzeń (objawy z kryteriów DTD – B, C, D i E) – co najmniej 6 miesięcy.
- G. Upośledzenie funkcjonalne. Zaburzenia wywołują znaczące klinicznie cierpienie lub upośledzenie przynajmniej w dwóch poniższych obszarów funkcjonowania:
- nauka,
 - rodzina,
 - grupa rówieśnicza,
 - prawo,
 - zdrowie,
 - kwestie zawodowe (dla młodzieży pracującej, poszukującej pracy lub skierowanej do pracy, wolontariat lub szkolenia).

Źródło:

B.A. van der Kolk, *Developmental Trauma Disorder: Toward A Rational Diagnosis For Children With Complex Trauma Histories*, „*Psychiatric Annals*”, 35, nr 5 (2005): 401 – 408.

IV. WARTO PRZECZYTAĆ



Kolk B. van der, *Strach ucieleśniony. Mózg, umysł i ciało w terapii traumy*, Warszawa, 2018

Levine, P., Frederick A., *Obudźcie tygrysa. Leczenie traumy*, Warszawa, 2012

Taylor C., *Zaburzenia przywiązania u dzieci i młodzieży. Poradnik dla terapeutów, opiekunów i pedagogów*, Sopot, 2016

Schooler J. E., Smalley B.K., Callahan T. J., *Zranione dzieci, uzdrawiające domy. Wychowanie dzieci dotkniętych traumą w rodzinach adopcyjnych i zastępczych*, Warszawa, 2012

<http://christaylorsolutions.org.uk/>

<https://www.nctsn.org/>

<https://child.tcu.edu/>

V. BIBLIOGRAFIA

Applegate J. S., Shapiro J. R., *Neurobiology for Clinical Social Work: Theory and Practice*, Nowy Jork, 2005

Barszcz M., *Emocje zawieszone w ciele. Jak napięcia z dzieciństwa kształtują naszą sylwetkę?*, [dostęp: 28 sierpnia 2019] <https://www.psychologiadwygladu.pl/2017/03/emocje-zawieszone-w-ciele-jak-napięcia.html>

Call C., Purvis K. B., Parris S. R., Cross D. R., *Creating Trauma-Informed Classrooms*, w: „Adoption Advocate”, 2014 nr 75

Caring for Children Who Have Experienced Trauma: A Workshop for Resource Parents, NCTSN, Los Angeles, 2011

Child Trauma Toolkit for Educators, NCTSN, Los Angeles, 2008

Child Welfare Training Toolkit: Comprehensive Guide, NCTSN, Los Angeles, 2013

Felitti V. J., Anda R. F., Nordenberg D., Williamson D. F., Spitz A. M., Edwards V., Koss M. P., Marks J. S., *Adverse Childhood Experiences*, w: „American Journal of Preventive Medicine”, 1998, nr 14, ss. 245–258

Kolk B. van der, *Developmental Trauma Disorder: Toward A Rational Diagnosis For Children With Complex Trauma Histories*, „Psychiatric Annals”, 2005, nr 35, ss. 401 – 408

Kolk van der B., *The neurobiology of childhood trauma*, w: „Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America”, 2003 nr 12, ss. 293-317, za: C. Call K. B. Purvis, S. R. Parris, D. R. Cross, *Creating Trauma-Informed Classrooms*, w: „Adoption Advocate”, 2014 nr 75

Kolk B. van der, *Strach ucieleśniony. Mózg, umysł i ciało w terapii traumy*, Warszawa, 2018

Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5® (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (American Psychiatric Association), Waszyngton, 2013

Levine, P., Frederick A., *Obudźcie tygrysa. Leczenie traumy*, Warszawa, 2012

Lowen A., Lowen L., *Droga do zdrowia i vitalności. Podręcznik ćwiczeń bioenergetycznych*, Koszalin, 2011

Ogólnopolska diagnoza skali i uwarunkowań krzywdzenia dzieci, Warszawa, 2018

Porges S., *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-regulation*, Nowy Jork, 2011 w: B. van der Kolk, *Strach ucieleśniony. Mózg, umysł i ciało w terapii traumy*, Warszawa, 2018

Psychological First Aid for Schools (PFA-S) Field Operations Guide, NCTSN, Los Angeles, 2012.

Taylor C., *Zaburzenia przywiązania u dzieci i młodzieży. Poradnika dla terapeutów, opiekunów i pedagogów*, Sopot, 2016.

Salmon M., *Quantum Energy Coaching. Practitioner Training Manual. Change Your Thinking, Change Your Life*, <https://qecliving.com/>

Schooler J. E., Smalley B.K., Callahan T. J., *Zranione dzieci, uzdrawiające domy. Wychowanie dzieci dotkniętych traumą w rodzinach adopcyjnych i zastępczych*, Warszawa 2012

Spear L., *The Behavioral Neuroscience of Adolescence*, Nowy Jork, 2010

Teicher M. H., *Scars That Won't Heal: The Neurobiology of Child Abuse*, „Scientific American”, 2002, nr 286, ss. 68-75

Trauma informed care – wikipage SOS Children's Villages International

Widera-Wysoczańska A., *Ciało pamięta. Dlaczego traury pozostawiają bolący ślad w naszym ciele?*, [dostęp: 8 sierpnia 2019] <https://www.psychologiwygladu.pl/2015/06/ciao-pamieta-dlaczego-traumy.html>

STRONY INTERNETOWE

<http://childtrauma.org/>

<https://qecliving.com/>

<https://www.nctsn.org/>

PARTNERZY



WSPÓŁFINANSOWANIE

