

A painting of a woman and a young girl looking at a book together in a garden. The woman is on the right, holding the book, and the girl is on the left, looking at the book. They are both looking down at the book with a focused expression. The background is a lush green garden with a path and some buildings in the distance.

**Narodowa Sieć Leczenia
Zaburzeń Regulacji Emocji
i Stresu Traumatycznego
Dzieci i Młodzieży**

www.nslt.pl

Źródła zaburzeń post-traumatycznych u dzieci:

- # Wypadek komunikacyjny
- # Inny wypadek (także z udziałem zwierząt np. atak, pogryzienie), poważne zranienie, katastrofa, klęska żywiołowa, pożar, wojna, terroryzm etc.
- # Napad i wszelkie inne formy przemocy i nadużyć (także przemoc psychiczna, bullying, stalking, inne formy prześladowania etc.) tak w rodzinie jak i w środowisku rówieśniczym, szkolnym etc.
- # Przedwczesne narodziny dziecka, komplikacje i uszkodzenia okołoporodowe, wady wrodzone i genetyczne
- # Depresja matki (zwłaszcza okołoporodowa) i choroby psychiczne u rodziców/opiekunów dziecka
- # Rozwód/separacja rodziców
- # Separacja/izolacja w relacji z podstawowym opiekunem - np. pobyt w szpitalu, dłuższy wyjazd, inne przerwy w sprawowaniu opieki w stosunku do małego dziecka etc.
- # Ciężka choroba dziecka lub bliskiego członka rodziny (lub śmierć)
- # Poważne zaniedbania opiekuńcze i/lub uzależnienie rodzica od substancji psychoaktywnych
- # Nieprzygotowane, nieprofesjonalnie przeprowadzone umieszczenie dziecka w opiece zastępczej – adopcyjnej, rodzinie zastępczej, placówce opiekuńczo-wychowawczej.
- # Inne traumatyczne doświadczenia

„T” Dzieci



Stres

jest czymś zupełnie naturalnym nasz mózg i organizm zwykle potrafią sobie z nim poradzić

wracamy wtedy do stanu równowagi

HOMEOSTAZY

Jeśli jednak stres jest zbyt silny, nieprzewidywalny,
długotrwały czy chroniczny ...

TRAUMATYCZNY

organizm i mózg nie mogą wrócić do równowagi
pierwotnej - homeostazy

Tworzy się nowy model „równowagi”
nowy model reakcji mózgu

mniej sprawny
mniej elastyczny
bardziej kosztowny
bardziej niebezpieczny
i nie jesteśmy już tacy sami

Odporność na stres, próg powyżej którego staje się on

TRAUMATYCZNY

jest cechą indywidualną
każdego człowieka
zależy także
od płci i
wieku

najmniej odporne na stres są dzieci



Zaburzenia będące następstwem poważnej traumy

Niestabilność uczuciowa i fizjologiczna – dziecko wykazuje zaburzenia rozwoju kompetencji związanych z regulowaniem pobudzenia. Zaburzona fizjologia – objawy fizjologiczne (także chorobowe) trudne do wyjaśnienia w klasycznych kategoriach medycznych.

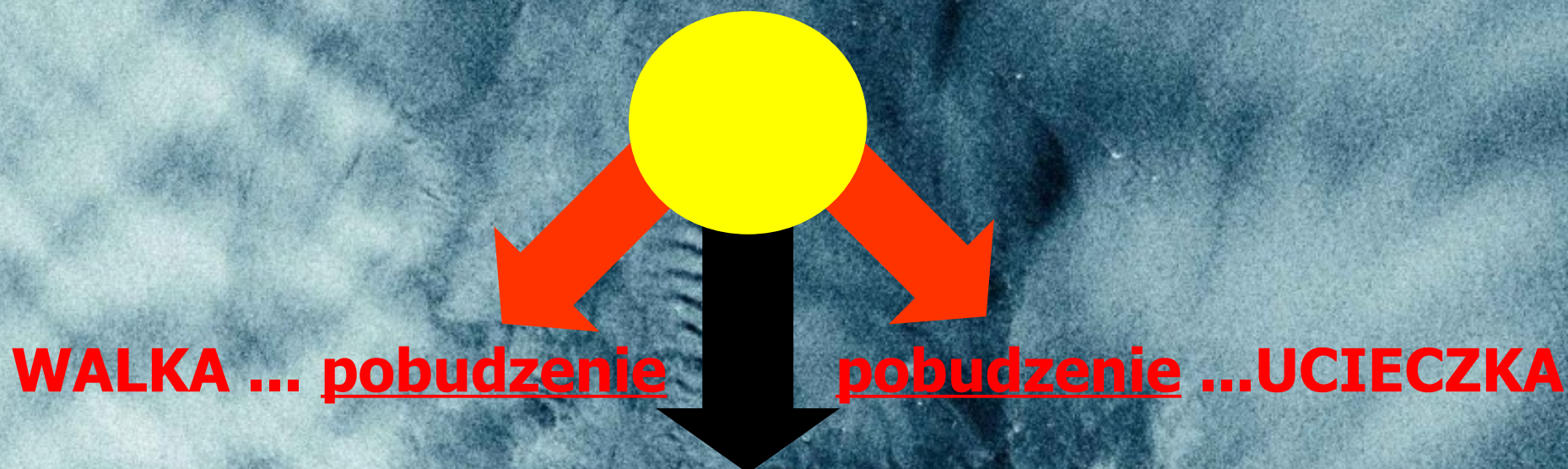
Zaburzenia w zakresie uwagi i zachowania - dziecko wykazuje zaburzenia rozwoju kompetencji związanych z zachowaniem koncentracji i trwałej uwagi, umiejętności uczenia się czy radzenia sobie ze stresem.

Zaburzenia samooceny i relacji - dziecko wykazuje zaburzenia rozwoju kompetencji w zakresie poczucia tożsamości i angażowania się w związki (zaburzenia przywiązania).

Inne zaburzenia typowe dla stresu pourazowego – objawy ponownego doświadczania traumatycznych sytuacji, natrętne wspomnienia, sny, tzw. „flash-back”, unikanie myśli, uczuć, rozmów, miejsc, osób kojarzących się z traumą, niemożność przypominania sobie ważnych okoliczności traumatycznych zdarzeń.

Następstwem staje się klinicznie znaczące cierpienie, lub niepowodzenia w wielu obszarach funkcjonowania takich jak rodzina, szkoła, grupy rówieśnicze, system prawny, zdrowie i inne.

NA ZAGROŻENIE reagujemy aktywnie lub pasywnie



ULEGŁOŚĆ / "ZAMROŻENIE"

DYSOCJACJA / "WYŁĄCZENIE"

TRAUMA utrwała taki model reakcji jaki „stosował” organizm w chwilach zagrożenia - powielamy go w przyszłości

To jak dziecko zareaguje na zagrożenie i jakie będą następstwa traumy a więc i modele zachowań w przyszłości zależy między innymi od wieku, płci, rodzaju, siły i czasu trwania urazu, obecności podstawowego opiekuna i jego roli w udzielaniu dziecku pomocy.

**Młodsze dzieci
i dziewczynki
reagują najczęściej
wg modelu
dysocjacyjnego**

**Starsze dzieci
i chłopcy reagują
najczęściej wg modelu
pobudzenia – walką
lub ucieczką**



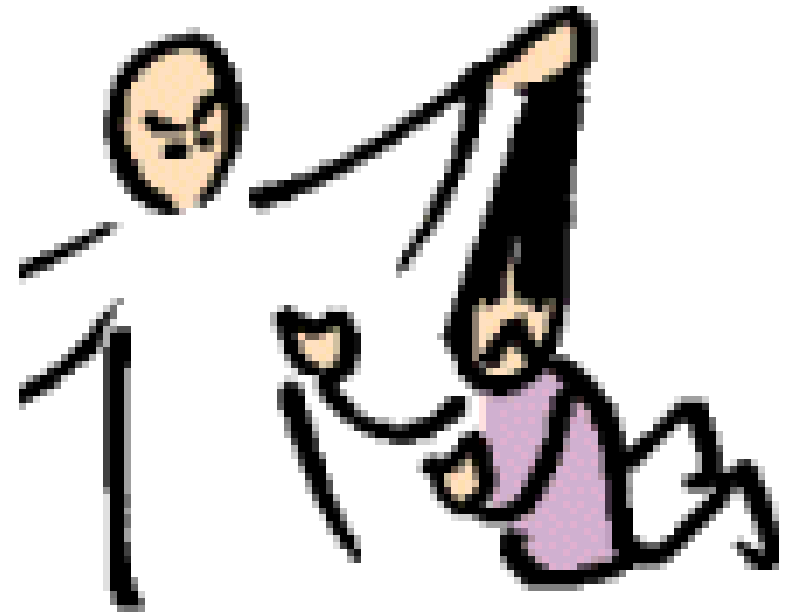
Uległość, odrętwienie, senność, sny na jawie, epizody hipnotyczne, depersonalizacja, derealizacja, fantazje - życie w „krainie czarów”, materializacja (realność) traumatycznych wspomnień, nieczułość, zwolniony rytm serca i oddechu, „zawieszenia” czasu, epizody „psychotyczne”, nadmierna sugestywność, omdlenia ...



Mówimy często: „to takie grzeczne, posłuszne dziecko”



Nadruchliwość, nadpobudliwość, agresja,
stała czujność, wzmożona uwaga,
materializacja (realność) traumatycznych
wspomnień, przyspieszony rytm serca i
oddechu, skłonność do paniki i „histerii”,
bezsensowność, niepokój, kłótnia,
nieposłuszeństwo, skłonność do ucieczek
...



• Mówimy często: „to taki **mały, nadpobudliwy chuligan**”

Zapamiętaj:

Reakcje dziecka po doświadczeniu traumy mogą być dla Ciebie całkowicie zaskakujące i niezrozumiałe.

Dziecko może Cię nie słuchać

... bo Cię nie słyszy.*

Może nie rozumieć jaki przedmiot masz na myśli

... bo go nie widzi.*

*** na poziomie przetwarzania mózgowego, bo narządy zmysłów są sprawne**

Równocześnie każdego dnia straumatyzowane dziecko styka się z dziesiątkami przedmiotów i sytuacji, których my nawet nie dostrzegamy a które wywołują w jego mózgu nieświadome skojarzenia i procesy

Sytuacje te „przywracają” i utrwalają traumatyczne doświadczenia generując napięcie i lęk, które dziecko musi nieświadomie rozładować w sposób, którego najczęściej nie akceptujemy

To mit, że czas leczy takie rany – czas te rany utrwała

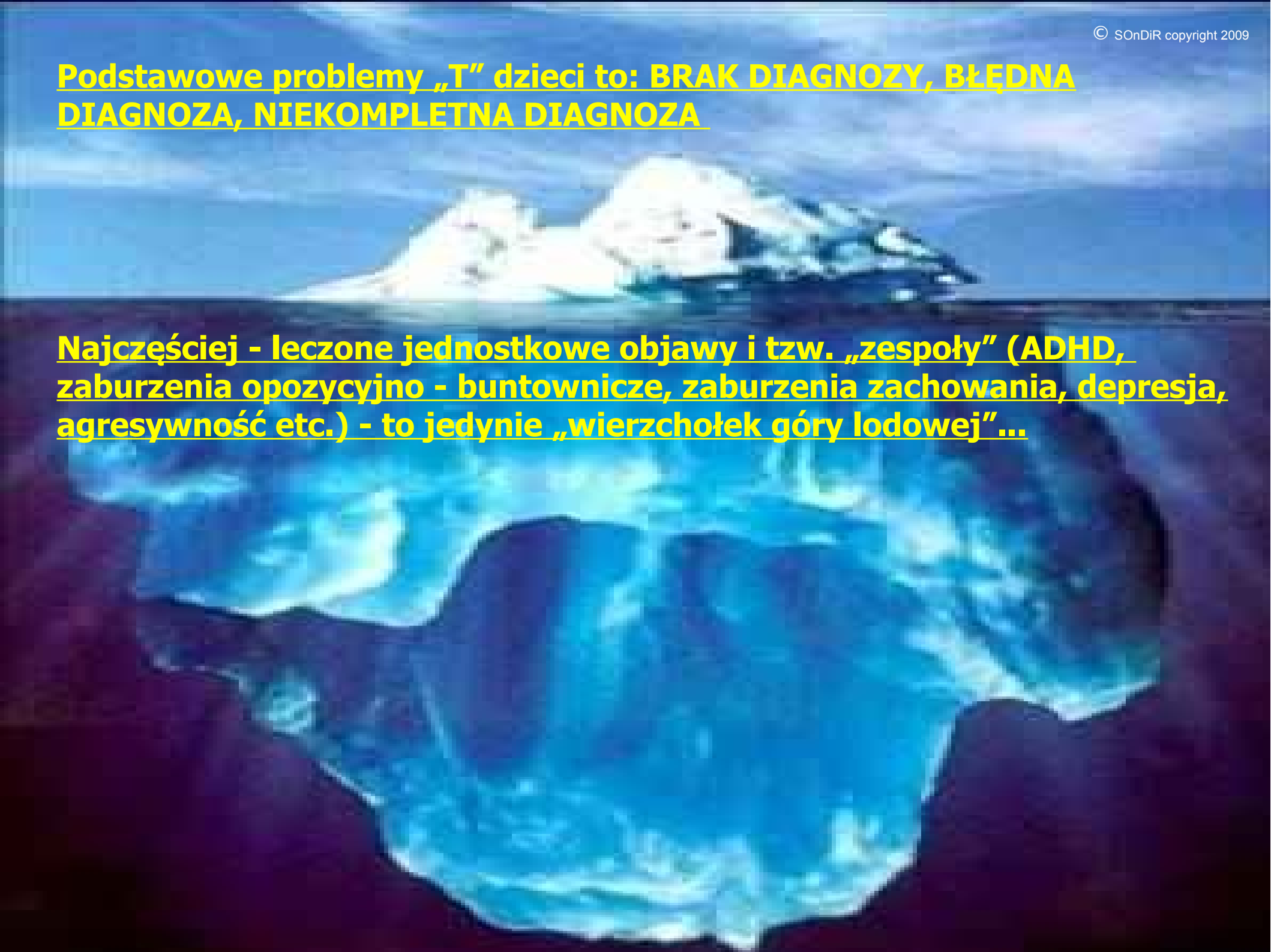
Zapamiętaj:

**Reakcje dziecka po doświadczeniu traumy
nie wynikają z jego świadomych decyzji
– to obronna reakcja jego mózgu (układu
nerwowego), to on jest „odpowiedzialny” za
reakcje dziecka – nie ono i nie TY.**

Ale to Ty możesz dziecku pomóc.

Podstawowe problemy „T” dzieci to: BRAK DIAGNOZY, BŁĘDNA DIAGNOZA, NIEKOMPLETNA DIAGNOZA

Najczęściej - leczone jednostkowe objawy i tzw. „zespoły” (ADHD, zaburzenia opozycyjno - buntownicze, zaburzenia zachowania, depresja, agresywność etc.) - to jedynie „wierzchołek góry lodowej”...



WAŻNE! Praca z dzieckiem po doświadczeniu traumy w przeważającym stopniu ODBIEGA od tradycyjnych metod oddziaływań opiekuńczych, wychowawczych, edukacyjnych czy klasycznej psychoterapii. Jest ona niezwykle wielopłaszczyznowym procesem i wymaga wielu multidyscyplinarnych działań.

W większości sytuacji poważnym błędem w sztuce jest rozpoczynanie z dzieckiem np. terapii i podobnych działań (także wywiadów, rozmów, badań, przesłuchań etc.) eksponującej traumatyczne doświadczenia, bez uprzedniego zapewnienia mu bezpieczeństwa fizycznego i emocjonalnego, oraz uzyskania kompetencji w zakresie autoregulacji. A taki proces może trwać kilka czy kilkanaście miesięcy.

PODSTAWOWE standardy pracy z dzieckiem post-traumatycznym

1. W pierwszej kolejności należy zidentyfikować i opisać mechanizmy zagrożeń dla bezpieczeństwa dziecka i rodziny i określić wymagania stabilizacyjne.

Gdy zagrożenia są realne – musimy w rozpoznaniu/diagnozie określić ich ostrość i siłę oraz monitorować je i określić – zidentyfikować możliwe środki i procedury zaradcze – w tym instytucje i osoby, które mogą chronić i otaczać dzieci i rodziny alternatywną opieką – pogotowia, ośrodki interwencji i inne instytucje.

2. Podstawą skutecznej pracy specjalisty z dzieckiem i rodziną jest głęboka, pełna zaangażowania relacja.

Relacje taką możemy określić jako: „relacja terapeutyczna” i „partnerska współpraca”. Jej wystąpienie jest bezwzględnym warunkiem do tego, aby dziecko mogło uruchomić swoje zasoby rozwojowe w procesie zdrowienia z traumy. Model pracy tego typu to swoista „triada” – terapeuta – opiekun – dziecko.

3. Rozpoznanie, ocena i diagnoza winny być zawsze indywidualnie dobrane – oparte na rzetelnych sprawdzonych i obiektywnych narzędziach i procedurach diagnostycznych a oddziaływania oparte na zasobach dziecka i rodziny oraz ich podmiotowym traktowaniu a nie na „usuwanie” niepożądanych objawów.

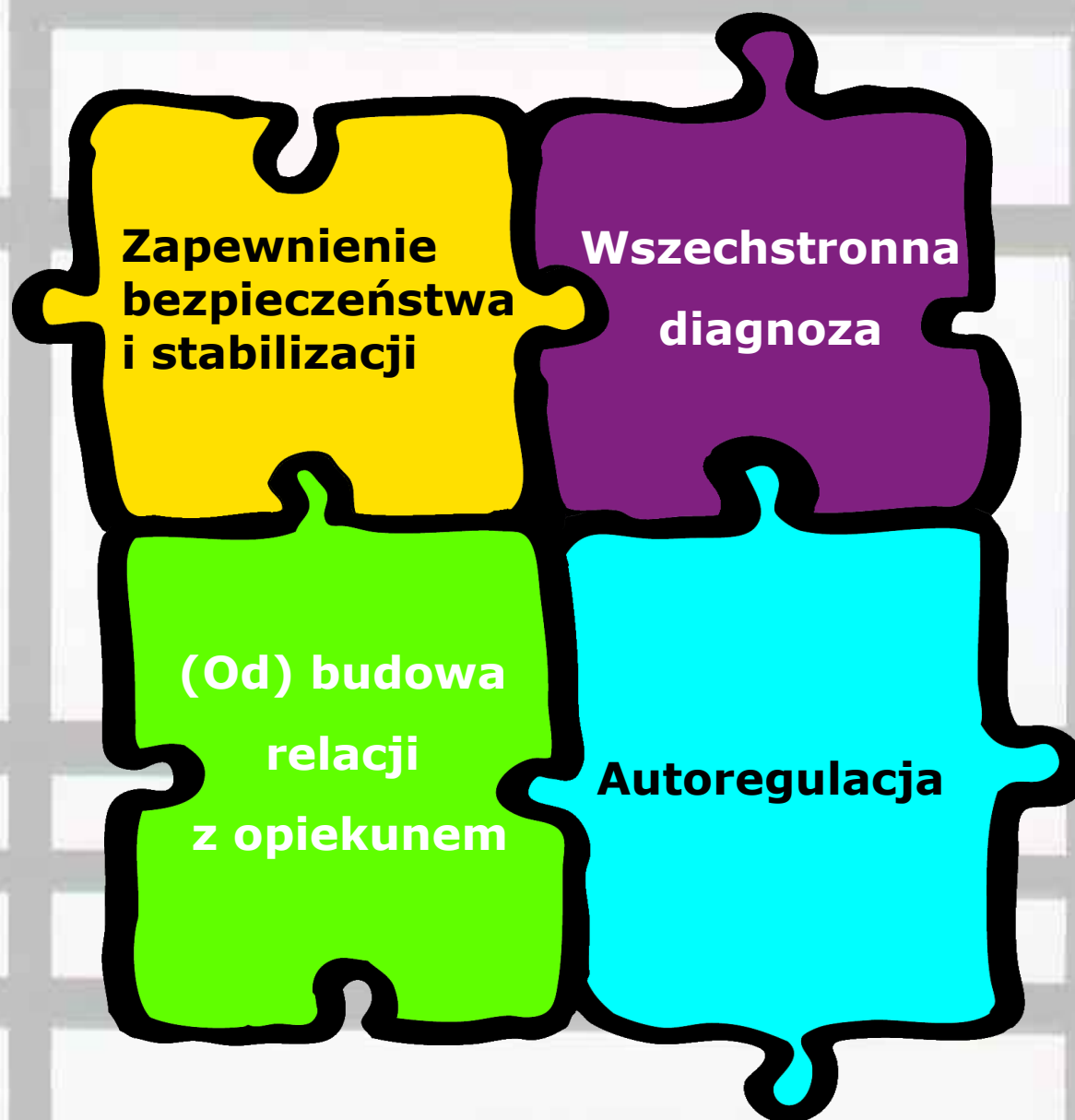
4. Skuteczny, bezpieczny i etyczny model pracy to model fazowy.

Sukcesywnie - fazy zdrowienia powinny polegać na uzyskiwaniu tak przez dziecko jak i opiekuna kolejnych kompetencji autoregulacyjnych w następujących obszarach:

a/ autoregulacji emocji, stanów fizjologicznych, uwagi, pamięci, procesów decyzyjnych, świadomości, motywacji i relacji społecznych – identyfikacji, modulacji, bezpiecznej ekspresji.

5. Dopiero końcowym etapem oddziaływania na straumatyzowane dziecko i jego opiekuna jest (nie zawsze będzie to możliwe czy konieczne) proces przeorganizowania traumatycznej pamięci.

Fazowy model oddziaływań terapeutycznych*



* ang. - trauma treatment

Trauma Treatment/Trauma Informed Interventions

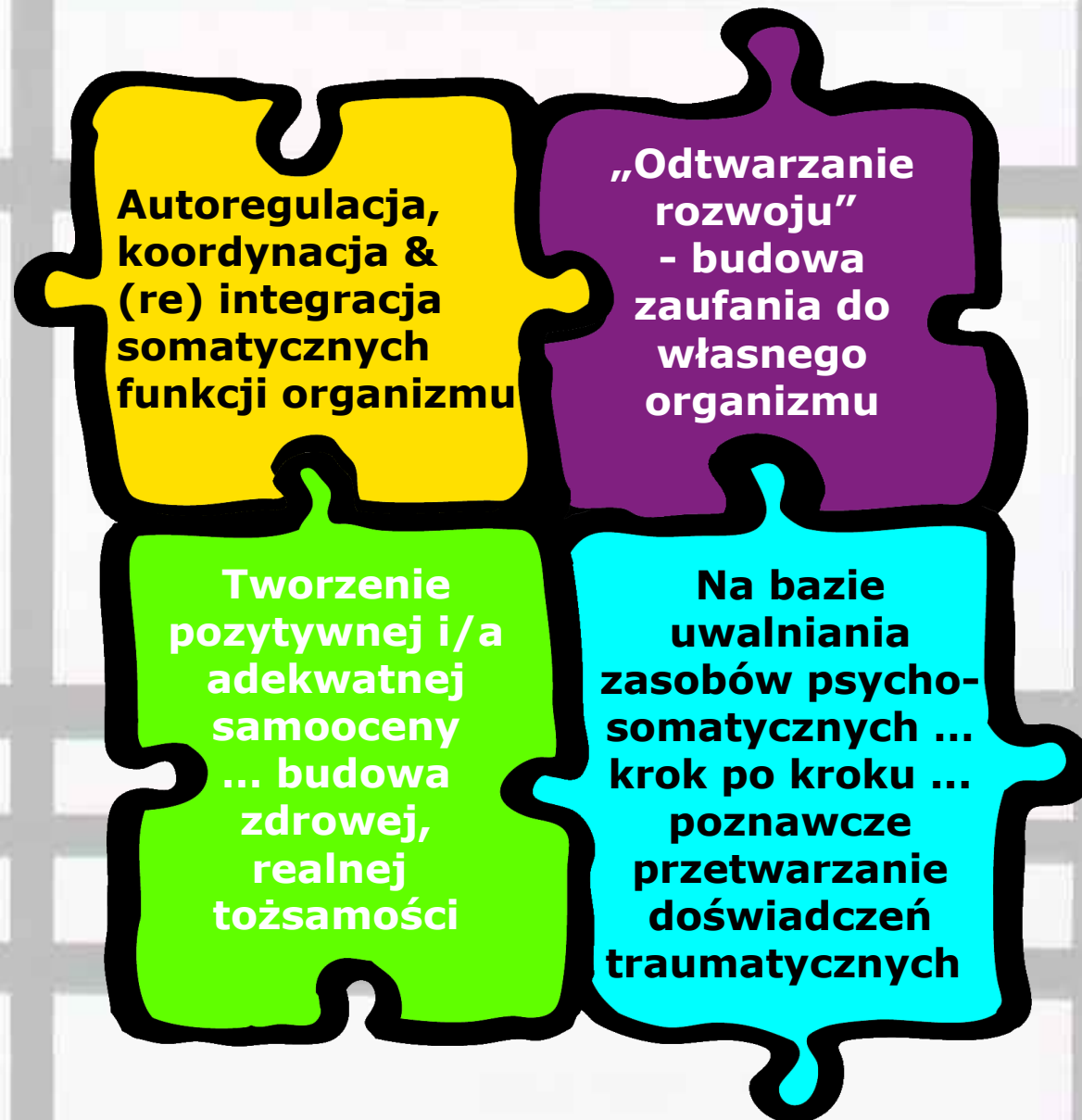
To profesjonalne „ramy” w których zawierają się ogólne zasady np. etyczne jak i szczegółowe procedury czy setki autorskich metod, technik i ćwiczeń – tworzonych i dobieranych indywidualnie pod potrzeby każdego dziecka.

To praca w triadzie DZIECKO, OPIEKUN, TERAPEUTA

To oddziaływanie kolejno na otoczenie, rodzinę i dziecko, gdzie podstawowym czynnikiem jest zbudowanie poczucia bezpieczeństwa, identyfikacja zagrożeń, identyfikacja zasobów dziecka, rodziny, otoczenia i na tej bazie budowanie możliwości pracy w poszczególnych obszarach, oraz późniejsza *Somatyczno Poznawcza Terapia Traumaty i Dysocjacji (SPTTiD)* *.

Specjalista pracujący ze strauumatyzowanym dzieckiem i jego opiekunem, pełni we współczesnych, opartych o osiągnięcia neurobiologii i popartych badaniami klinicznymi modelach pracy, rolę przewodnika, „korelatora” towarzyszącego dziecku w sferze oddziaływań medycznych, psychologicznych, edukacyjnych i wyposażającego go w kolejne kompetencje rozwojowe/społeczne, który towarzyszy dziecku niczym mistrz czy trener w zdobywaniu tychże kompetencji.

Fazowy model Somatyczno Poznawczej Terapii Traumy i Dysocjacji u dzieci*



Somatyczno Poznawcza Terapia Traumy i Dysocjacji u dzieci

To autorski system terapii ukierunkowany na tzw. „traumę rozwojową”, gdy doświadczenia stresu, niemożliwe do zintegrowania w procesie rozwoju dziecka, tworzą specyficzny/odmienny model funkcjonowania CAŁEGO organizmu – model nastawiony przede wszystkim na przetrwanie.

Kluczowym zjawiskiem/mechanizmem obronnym, a jednocześnie rozwojowym, staje się wtedy dysocjacja - „względnie trwałe ZMIANY, zaburzenia czy deficyty w zakresie integracji funkcji somatycznych, motorycznych, percepcji, emocji, pamięci, świadomości i wreszcie tożsamości”*.

Dziecko inaczej słyszy, inaczej widzi, inaczej się porusza, inaczej czuje i pamięta (a czasem mamy wrażenie, że nic nie czuje i nie chce zapamiętać), jest i jednocześnie go *nie ma*, jakby funkcjonowało w „wersji demo”.

„Istotą obrazu klinicznego takiego dziecka, jest kompleksowość zmian. Układają się one w całościowy, spójny obraz. Niewiele uzyskamy, lecząc poszczególne objawy, czy korygując poszczególne zachowania.”*

Kluczem do sukcesu naszej terapii, jest umiejętność wydobywania niezwykłych często zasobów i odróżnienia ich od pozornych deficytów. Dostrzeżenie, wynikających z „akceleracji rozwoju przez stres” adaptacji. Cierpliwe uruchamianie procesów rozwojowych, zablokowanych przez traumę.

W prezentacji wykorzystano utwory, fragmenty utworów lub inspiracje:

Piet Mondrian

*„Kompozycja z czerwonym,
żółtym i niebieskim”*

Mary Cassatt

„Pielęgniarka czytająca dziewczynce” i inne utwory

Fotografie: Łukasz Gdula

www.nslt.pl

Na podstawie Art: 29, 34 i 36

Ustawy z dnia 4 lutego 1994 r.
o prawie autorskim i prawach pokrewnych.

Autor prezentacji: Leszek Drozdowski

NSLT, Centrum Opieki nad Dzieckiem i Rodziną, Warszawa

**Wszelkie prawa zastrzeżone – dozwolona niekomercyjna dystrybucja pod
warunkiem zachowania integralności materiału!**