Gdy słowa nie wystarczą… – wytyczne do opieki nad dziećmi w wieku 0–6 lat po traumie

Małgorzata Słowik[a], Ewa Romanik[b]

[a]*Instytut Pedagogiki Uniwersytetu Pomorskiego w Słupsku,*
[b]*Gdańskie Centrum Terapii Traumy „Oditis”*

Dzieci do 6 r.ż. są szczególnie narażone na traumę w porównaniu z dziećmi starszymi. Są też podatniejsze na jej skutki. Dostępnych jest jednak stosunkowo niewiele publikacji na temat opieki, jakiej potrzebują. Celem artykułu jest znalezienie i uporządkowanie wytycznych dotyczących opieki nad dziećmi po traumie w wieku 0–6 lat na podstawie analizy dostępnego piśmiennictwa. Problem główny podjętych poszukiwań można wyrazić w pytaniu: „Jak należy opiekować się dzieckiem po traumie do 6 r.ż.?”, a problemy szczegółowe – w pytaniach: „Po czym poznać, że dziecko doświadczyło traumy – jakie objawy prezentuje?”, „Czego potrzebuje dziecko po traumie?”, „W jakich obszarach i w jaki sposób można zapewnić dziecku po traumie opiekę dostosowaną do jego potrzeb?”. Uzyskane wyniki wskazują, że opieka nad dzieckiem w wieku do 6 lat po traumie wymaga z jednej strony podejścia uniwersalnego, tzn. opartego na dbałości o bezpieczeństwo i zdrowie dziecka, na budowaniu dobrej relacji z nim i na wspieraniu go w rozwoju, a z drugiej strony stawia przed opiekunem swoiste wyzwania, które wynikają z podejścia określanego jako „opieka świadoma traumy”. Prezentowane w tym artykule wytyczne odniesiono do czterech obszarów: (a) identyfikowania tzw. wyzwalaczy traumy i obserwacji reakcji dziecka na stres pourazowy, (b) organizowania środowiska i aktywności sprzyjających relacjom i łagodzących stres, (c) samoregulacji i samoopieki opiekuna, (d) budowania sojuszu między opiekunami a rodzicami / członkami rodziny. Przedstawione wytyczne mogą być realizowane przez rodzica/opiekuna dziecka, niebędącego terapeutą, czyli nie dotyczą pracy stricte terapeutycznej – można je upowszechniać w ramach strategii „opieki świadomej traumy” skierowanych na wspieranie i edukację rodziców, a także opiekunów w instytucjach (żłobki, przedszkola, piecza zastępcza).

Słowa kluczowe:
opieka świadoma traumy, opieka po traumie do lat 6, dziecko po traumie do lat 6, piecza zastępcza

> Większość małych dzieci jest odporna lub powraca do normalnego poziomu funkcjonowania po traumie, ale w przypadku około 10–20% PTSD może przebiegać przewlekłą i wyniszczającą trajektorią objawów. (De Young i Landolt, 2018, s. 96)

Wskazany w przytoczonym cytacie odsetek małych dzieci narażonych na powikłania potraumatyczne przynagla do podjęcia odpowiednich kroków, aby zapobiegać tym powikłaniom.

Trudno oszacować, jak wiele polskich dzieci do ok. 6 r.ż. przeżyło i nadal przeżywa traumę. Można przypuszczać, że należą do nich te, które:

- zostały narażone na działanie toksycznych substancji już w życiu płodowym – rocznie w Polsce rodzi się ok. tysiąca dzieci z płodowym zespołem alkoholowym na 300 tys. urodzeń;
- zarejestrowane jako dotknięte przemocą domową – w 2022 r. liczba małoletnich ujęta w ramach procedury Niebieskiej Karty wyniosła 10 982 (Policja, 2022);
- umieszczone w pieczy zastępczej – w 2022 r. do 6 r.ż. było ich 15 267 (Sejm RP, 2023).

Wymienione okoliczności zaniedbania i nadużycia wskazują na doświadczanie tzw. traumy relacyjnej, która powoduje ogromne spustoszenie w psychice dziecka i odbija się na jego dalszym rozwoju (Schore, 2001). Inne rodzaje traumy, jakiej mogą doświadczać dzieci do 6 r.ż., są niezależne od działania osób bliskich, np. śmierć bliskiej osoby, takiej jak rodzic czy rodzeństwo, wcześniactwo (w Polsce w 2022 r. 22 510 dzieci urodziło się przed 37 tyg. ciąży, w tym 20% to skrajne wcześniaki, czyli urodzone w 23–32 tyg. ciąży; GUS, 2023), problemy zdrowotne i związane z nimi bolesne ingerencje medyczne, udział w wypadku, na skutek którego doszło do uszkodzenia ciała, a także katastrofy.

Dzieci do 6 r.ż., czyli w okresie tzw. wczesnego i średniego dzieciństwa (Przetacznik-Gierowska i in., 2009), są szczególnie narażone na traumę w porównaniu z dziećmi starszymi, a także podatniejsze na jej skutki (Bartlett i in., 2017; De Young i Landolt, 2018; Lieberman, 2011). Dzieje się tak z dwóch zasadniczych powodów:

- Rozwój mózgu dziecka jest szczególnie intensywny. W pierwszych latach życia występują tzw. okresy wrażliwe – zarówno na kształtowanie się nowych struktur

i rozwijanie funkcji, jak i na urazy (Shonkoff i Phillips, 2000). Doświadczenie traumatyczne może zaburzyć proces dojrzewania neuronów, wywołać zmiany w strukturze kory mózgowej oraz w wielkości hipokampa, ciała migdałowatego i ciała modzelowatego (Carrion i Wong, 2012; Cisler, 2017; Kirouac i McBridge, 2009; Luo i in., 2021; Tymofieva i in., 2020; Weissman i in., 2020), co przekłada się też na inne płaszczyzny rozwoju małego dziecka, to jest jego rozwój poznawczy, rozwój języka i rozwój emocjonalny.

- Małe dzieci są całkowicie zależne od opiekuna, nie potrafią ani zadbać o własne bezpieczeństwo, ani same się uspokoić – ich zdolność samoregulacji dopiero się rozwija (van der Kolk, 1994) i jak pisze Schore: „główny opiekun działa jako zewnętrzny regulator psychobiologiczny rozwoju mózgu niemowlęcia" (2001, s. 208). Jeśli w otoczeniu dziecka nie ma bezpiecznego dorosłego, który w pewnym stopniu rekompensowałby niewydolność czy przemoc ze strony opiekuna głównego, trauma staje się dla dziecka wyjątkowo dotkliwa, osłabia lub zakłóca jego więź z rodzicem, przez co zagraża też prawidłowemu rozwojowi psychicznemu.

Istnieje stosunkowo niewiele publikacji na temat opieki, jakiej potrzebują dzieci po traumie doświadczonej do 6 r.ż., w porównaniu z liczbą publikacji dotyczących pomagania osobom po traumie w późniejszym życiu (Dierickx i in., 2023; Leifield, 2022; Lieberman, 2011). Chociaż zauważają to zagraniczni badacze, to na polskim rynku wydawniczym i szkoleniowym temat opieki nad dziećmi po traumie do 6 r.ż. w ogóle nie został podjęty w osobnym opracowaniu. Pewne informacje na ten temat można odnaleźć w broszurze adresowanej do opiekunów zastępczych pt. *Opieka zastępcza uwzględniająca wiedzę o traumie. Jak opiekować się dzieckiem z doświadczeniem traumy* (Kulig i Saj, 2019) oraz w materiałach szkoleniowych udostępnianych online: w szerokim opracowaniu pt. *Praca z dzieckiem po traumie, przebywającym w pieczy zastępczej* (Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie, 2015) oraz w materiałach ze szkoleń pt. *Budowanie kompetencji uzdrawiających opiekunów dzieci dotkniętych traumą. Materiały szkoleniowe 2018* (Koalicja na Rzecz Rodzinnej Opieki Zastępczej, 2018) i *TBRI – Trust-Based Relation Intervention – Interwencja Relacyjna Oparta na Zaufaniu* (Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, 2022). Te ostatnie jedynie sygnalizują pewne zagadnienia na temat opieki dla dzieci po traumie. Warto też wspomnieć o tekście pt. *Wsparcie dziecka, które doświadczyło traumy* (Krawętkowski, 2021), opublikowanym w czasopiśmie dla pracowników pomocy społecznej, w którym autor, poza przedstawieniem form wspierania, rozważa zasadność i warunki

natychmiastowości działań w sytuacjach krzywdzenia dziecka, uzależniając je od rodzaju doświadczanej przemocy.

Celem niniejszego artykułu jest znalezienie i uporządkowanie wytycznych do opieki nad dziećmi w wieku 0–6 lat po traumie na podstawie analizy dostępnego piśmiennictwa, najczęściej zagranicznego. Problem główny podjętych poszukiwań można wyrazić w pytaniu: „Jak należy opiekować się dzieckiem po traumie do 6 r.ż.?", a problemy szczegółowe – w pytaniach: „Po czym poznać, że dziecko doświadczyło traumy – jakie objawy prezentuje?", „Czego potrzebuje dziecko po traumie?", „W jakich obszarach i w jaki sposób można zapewnić dziecku po traumie opiekę dostosowaną do jego potrzeb?".

Prezentowane wytyczne sformułowano według następujących kryteriów:

- dotyczą opieki nad dziećmi po traumie do 6 r.ż.,
- informacje o nich pochodzą z publikacji naukowych lub są na nich oparte,
- są zalecane przez badaczy i praktyków na rzecz opieki świadomej traumy,
- nie dotyczą pracy stricte terapeutycznej – może je realizować rodzic / opiekun dziecka (niebędący terapeutą, czasem po odpowiednim przeszkoleniu).

Objawy traumy prezentowane przez dziecko do 6 r.ż.

Dziecko do 6 r.ż. może prezentować objawy traumy na wiele sposobów (Lieberman i in., 2011). Objawy te, jeśli spełniają pewne kryteria diagnostyczne, mogą świadczyć o występowaniu zespołu stresu pourazowego (*post-traumatic stress disorder* – PTSD). De Young i Landolt (2018) wykazali, że najadekwatniejszą klasyfikację PTSD u dzieci w wieku do lat 6 zapewniają DSM-5 (APA, 2013) i DC: 0–5 (Zero To Three, 2016). Aktualne kryteria diagnostyczne PTSD w ICD-11 (WHO, 2018) są zdaniem tych badaczy nie dość wystarczające do wykrycia PTSD u małych dzieci (De Young i Landolt, 2018; Vasileva i in., 2018).

Zanim dziecko zostanie zdiagnozowane przez psychologa czy psychiatrę każdy świadomy i uważny opiekun spędzający z nim czas może zaobserwować pewne zachowania sygnalizujące prawdopodobieństwo, że przeżyło ono traumę, na skutek której znajduje się w stanie dziecięcego stresu pourazowego. Dzięki odpowiedniej interwencji (eliminacji źródła traumy) i opiece jest jednak szansa na to, że to przeżycie nie doprowadzi do zaburzenia, jakim jest PTSD. Przekonują o tym m.in. Barlet i Smith w artykule poświęconym roli wczesnej opieki i edukacji w radzeniu sobie z traumą u najmłodszych dzieci:

> Ważne jest, aby pamiętać, że reakcje małych dzieci na uraz różnią się […] Wiele dzieci z czasem powraca do poprzedniego poziomu funkcjonowania przy wsparciu wrażliwych i konsekwentnych opiekunów. W innych przypadkach traumatyczne doświadczenia przytłaczają wewnętrzne zasoby małego dziecka do radzenia sobie, szczególnie jeśli główny opiekun jest emocjonalnie lub fizycznie niedostępny lub jeśli główny opiekun spowodował cierpienie dziecka (np. rodzic, który znęcał się nad dzieckiem lub je zaniedbywał). (Barlett i Smith 2019, s. 361)

Do objawów traumy i stresu pourazowego prezentowanych przez dziecko do 6 r.ż. należą:

- nadmierna czujność – objawiająca się w przesadnych reakcjach psychologicznych lub fizjologicznych na wewnętrzne lub zewnętrzne sygnały przypominające pierwotną traumę (drżenie ciała, utrata kontroli nad zwieraczami, uogólniony lęk);
- ponowne doświadczanie traumy – w koszmarach sennych, potraumatycznych zabawach[1], w zaabsorbowaniu słowami lub symbolami, które mogą być związane z traumą,
- nasilone reakcje fizjologiczne i sensoryczne – np. zmiany w zakresie jedzenia, spania, w poziomie aktywności, w reakcji na dotyk i zmianę miejsca;
- pobudzenie – przejawiające się w drażliwości, w ekstremalnych napadach złości, w napadach paniki, agresji i autoagresji, w nadmiernym płaczu, w trudnościach z uspokojeniem lub samoregulacją;
- unikanie – przejawiające się w zachowaniach dysocjacyjnych: marzeniach na jawie, odrętwieniu emocjonalnym („kamienna twarz"), ucieczce w sen (Czub, 2019);
- trudności w tworzeniu zdrowych więzi lub relacji związane z brakiem zaufania;
- utrata nabytych umiejętności rozwojowych, czyli zachowania regresywne, takie jak moczenie się, spieszczanie mowy, ssanie kciuka (De Young i Landolt, 2018; Hamblen i Barnett, 2016, 2018; Kulig i Saj, 2019).

Część opisanych objawów ściśle wiąże się z obserwowanymi u dzieci po traumie zaburzeniami przetwarzania sensorycznego. Dzieci po traumie żyją w rozregulowanym stanie pobudzenia, któremu towarzyszą objawy nadwrażliwości sensorycznej, takie jak wspomniane już nasilone reakcje oraz nadwrażliwość na dźwięki lub dotyk. Osoby zajmujące się problematyką zaburzeń przetwarzania sensorycznego (*sensory*

1 „Zabawa potraumatyczna różni się od rekonstrukcji tym, że zabawa potraumatyczna jest dosłowną reprezentacją traumy, polega na kompulsywnym powtarzaniu jakiegoś aspektu traumy i nie łagodzi lęku" (Hamblen i Barnett, 2018).

processing disorders – SPD), w Polsce znaną jako problematyka integracji sensorycznej (*sensory integration* – SI), zauważyły, że wśród dzieci z historią traumy, które do trafiają na terapie SPD/SI, obserwuje się wrażliwość sensoryczną charakterystyczną dla SPD, która jednak nie wynika z tych zaburzeń, a z traumy[2] (May-Benson i Teasdale, 2020). Świadomość związku między doświadczeniami traumatycznymi a zaburzeniami związanymi z ciałem (w tym sensorycznymi) podnieśli tacy autorzy, jak van der Kolk (1994), Perry (2006) oraz Ogden i in. (2006).

Niektóre objawy traumy, takie jak unikanie przejawiające się w zachowaniach dysocjacyjnych czy też ogólne pobudzenie, brak zaufania, mogą występować także w innych zaburzeniach niż tylko potraumatyczne, np. we wspomnianych SPD, a także w spektrum autyzmu, nadpobudliwości psychoruchowej (*attention deficit hyperactivity disorder* – ADHD), zaburzeniach deficytu uwagi (*attention deficit disorder* – ADD) i reaktywnych zaburzeniach więzi (*reactive attachment disorder* – RAD). Diagnozowanie traumy jest więc trudnym wyzwaniem i należy pozostawić je specjalistom, którzy w procesie diagnostycznym uwzględnią wywiad z opiekunami dziecka, czyli informacje o potencjalnie traumatyzujących przeżyciach dziecka, zastosują różne narzędzia diagnostyczne i przeprowadzą dokładną analizę przypadku. Czynników wpływających na stan emocjonalny i zachowanie uznawane za przejaw przeżytej traumy może być więcej, począwszy od genetycznych lub rozwojowych. Na pewno nie należy ich ignorować, a warto dążyć do ustalenia ich źródła.

Jeśli źródłem opisanych objawów jest trauma, to trzeba mieć świadomość, że dziecko do 6 r.ż. nie jest w stanie samo w konstruktywny sposób poradzić sobie ani ze źródłem traumy, ani z jej konsekwencjami. Bez odpowiedniego wsparcia jest narażone na trajektorię[3] objawów, która może okazać się przewlekła i wyniszczająca (zob. cytat na początku artykułu).

Potrzeby dziecka po traumie do 6 r.ż.

Potrzeby dziecka po doświadczeniu traumatycznym pod wieloma względami są takie same jak potrzeby jego rówieśników bez tego doświadczenia. Przede wszystkim należy do nich potrzeba przebywania w stabilnym, bezpiecznym środowisku,

2 Z drugiej strony dzieci z SPD są podatniejsze na niekorzystne skutki traumatycznych doświadczeń niż dzieci neutotypowe (May-Benson i Teasdale, 2020).

3 Trajektoria, zgodnie z metaforycznym źródłosłowem, zamieszczonym w *Encyklopedii pedagogicznej*, może „przeistoczyć życie w szaleńczy pęd pocisku, którego siła wyrywa z posad wszystko to, co dotąd trwało jako stałe, uporządkowane i znajome, kierując się ku przepaści totalnych przewartościowań" (Górecki, 2007, s. 778).

które pielęgnuje relacje i chroni dziecko przed krzywdą oraz wspiera rozwój jego umiejętności. Osoby zajmujące się pracą terapeutyczną z dziećmi z doświadczeniem traumy zauważają też pewne obszary terapii, które można uznać za źródło informacji o swoistych potrzebach dziecka po traumie. Do tych obszarów-potrzeb należą:

- przywrócenie poczucia stabilizacji emocjonalnej;
- przywrócenie dziecku zaufania do osoby dorosłej;
- odzyskanie przez dziecko poczucia kontroli;
- odbudowanie poczucia własnej wartości;
- zdjęcie z dziecka odpowiedzialności za sytuację, którą przeżyło, i praca z poczuciem winy;
- odzyskanie przez dziecko świadomości, akceptacji i kontroli nad własnym ciałem (Fenik i in., b.d., s. 5–8).

W opiece kierowanej do dzieci po traumie uwzględnia się także ich potrzeby związane z zaburzonym na skutek traumy przetwarzaniem sensorycznym – SPD (Koomar, 2009; Warner i in., 2012).

Ogólnie rzecz ujmując, dziecko po doświadczeniu traumatycznym wymaga bardziej świadomej i specjalistycznej opieki od dorosłych, aby zapobiec powikłaniom po traumie, niezamierzonej wtórnej wiktymizacji, a także by poradzić sobie z traumą i wrócić do równowagi psychicznej.

Potrzebuje więc wsparcia dorosłych, którzy:

- są świadomi występowania traum u dzieci i rozumieją wpływ traumy na rozwój dziecka;
- prawidłowo odczytują oznaki traumy w codziennym funkcjonowaniu dzieci;
- dostosowują środowisko i swoje reakcje, żeby pomagały one dzieciom wyzdrowieć i zapobiec ponownej traumie.

Dorośli prezentujący opisaną wyżej postawę praktykują podejście, które w piśmiennictwie zagranicznym jest określane jako *opieka świadoma traumy* (*trauma informed care* – TIC; Bartlett i in., 2017; Dierickx i in., 2023; O'Malley i in., 2023). Tworzy się też i rozpowszechnia strategie dla osób świadomych traumy, które można wykorzystać w pracy z dziećmi do 6 r.ż. (Bartlett i in., 2017). Strategie różnią się między sobą ze względu na odbiorców, do których są adresowane:

- strategie skierowane na potrzeby dzieci z doświadczeniem traumatycznym – zaprezentowane w niniejszym artykule jako wytyczne;
- strategie skierowane na wspieranie i edukację opiekunów w instytucjach (żłobki, przedszkola, placówki opieki zdrowotnej, poradnie dla dzieci) – szkolenia

w zakresie psychoedukacji, wspieranie w dobrostanie i dbaniu o psychohigienę (Sun i in., 2024);
- strategie skierowane na wspieranie i edukację rodziców – szkolenia w zakresie psychoedukacji, wspieranie w dobrostanie i dbaniu o psychohigienę (opieka wytchnieniowa, asystentura rodziny, poradnictwo rodzinne, psychologiczne) oraz w poprawie sytuacji socjalnej (szczególnie warunków mieszkaniowych i finansów; Underwood, 2020);
- strategie skierowanie na promowanie świadomości traumy w instytucjach (placówkach oświaty, ochrony zdrowia, instytucjach pomocy społecznej, sądownictwie; Bartlett i in., 2017).

Swoiste wytyczne do opieki nad dzieckiem do 6 r.ż. po traumie

Na podstawie analizy piśmiennictwa (Cummings i in., 2017; Kulig i Saj, 2019; Leifield, 2022) zauważono, że opieka nad dzieckiem do 6 r.ż. po traumie dotyczy kilku obszarów: identyfikowanie tzw. wyzwalaczy traumy, obserwacja reakcji dziecka na stres pourazowy, organizowanie środowiska oraz aktywności sprzyjających relacjom i łagodzących stres, samoregulacja oraz samoopieka opiekuna, budowanie sojuszu między opiekunami a rodzicami / członkami rodziny. W każdym z tych obszarów można wskazać pewne wytyczne do opieki nad dzieckiem do 6 r.ż. po traumie.

Identyfikowanie wyzwalaczy traumy i obserwacja reakcji dziecka na stres pourazowy

Wyzwalacze traumy (tzw. trigery [*triggers*]) są to pojawiające się w otoczeniu bodźce, m.in. odgłosy, obrazy, kształty, efekty świetlne, smaki lub zapachy, które „przenoszą" osobę po traumie do traumatycznych wydarzeń z przeszłości i „komunikują" ją z przeżywanymi wówczas uczuciami. Chcąc się przed nimi uchronić, dziecko może pozostawać w stanie ciągłego napięcia, składającego się na stres pourazowy. Pozornie neutralne bodźce mogą być odbierane przez dziecko jako zagrażające, a to, co przypominają, budzi w dziecku tak silne i przytłaczające przeżycia jakby wszystko działo się na nowo „tu i teraz" (Kulig i Saj, 2019).

Wyzwalacze traumy można podzielić na:
- fizyczno-sensoryczne – nagłe głośne dźwięki, ciemność, chłód, zapach itp.;

- środowiskowe – niezorganizowane i chaotyczne domy osób z uzależnieniami, z zaburzeniami psychicznymi, ale też osób często zmieniających miejsce zamieszkania ze względu na wykonywany zawód;
- związane z przejściami (*transitions*), które często są trudne dla wszystkich dzieci (codzienne sytuacje: wyjścia do szkoły, lekarza, na spacer i powroty do domu, czas zasypiania, czas budzenia, pora kąpieli, ubierania się, czesania itp.);
- wynikające z zachowań dorosłych – np. wejście do pokoju nieznanych dorosłych; określone zachowanie opiekuna, jego styl bycia, interakcji, ostry ton głosu, surowe lub gniewne spojrzenie, nagły, szybki ruch ciała (tego typu cechy osobowe mogą przestraszyć lub przytłoczyć dziecko, aktywując reakcję stresową), rodzaj dotyku stosowanego przez opiekuna (małe dzieci narażone na traumę mogą unikać lub opierać się dotykowi podczas rutynowych czynności związanych z opieką i zabawą z powodu historii nadużyć obejmujących ostry dotyk lub zaniedbań obejmujących ograniczony dotyk lub jego brak; Cummings i in., 2017; Leifield, 2022).

W odpowiedzi na wyzwalacze traumy dzieci mogą wykazywać oznaki ucieczki, walki lub zamrożenia – są to niezależne od ich woli reakcje na stres (Kulig i Saj, 2019). U najmłodszych dzieci, czyli u niemowląt, zachowania ucieczkowe obejmują np. czołganie się, nadmierne spanie lub unikanie kontaktu wzrokowego, natomiast dzieci w wieku poniemowlęcym mogą odchodzić lub uciekać, mieć trudności ze skupieniem uwagi, izolować się lub wycofywać (Charbonneau i in., b.d.). Oznaki walki u niemowląt mogą obejmować płacz, czepianie się, marudzenie lub wyginanie pleców (Charbonneau i in., b.d.), a u dzieci w wieku poniemowlęcym walką będą zachowania agresywne – uderzanie, gryzienie, kopanie, (Charbonneau i in., b.d.) lub napady złości wykraczające poza to, co jest typowe dla tej grupy wiekowej. Oznaki zamrożenia u niemowląt mogą obejmować odwracanie wzroku lub szybkie przemieszczanie się między stanami snu i czuwania (Charbonneau i in., b.d.), a u dzieci w wieku poniemowlęcym mogą przejawiać się w odmowie udziału w zajęciach, „zawieszaniu się", zastygnięciu, omdleniach, wymigiwaniu się, w trudnościach z nauką (Charbonneau i in., b.d.; Czub, 2019; Kulig i Saj, 2019).

Wymienione reakcje – zachowania ucieczkowe, oznaki walki i zamrożenia – mogą być też objawami schorzeń o typowo somatycznym charakterze lub objawami innych, wspomnianych zaburzeń – SPD, spektrum autyzmu, ADHD, ADD i RAD. Mogą też z nimi współwystępować. Jeśli jednak opiekun wie o traumatycznych doświadczeniach dziecka, to niezależnie, czy jest to dziecko zdrowe z medycznego punktu widzenia czy jest to dziecko np. ze spektrum autyzmu, powinien być uważny na identyfikowanie wyzwalaczy traumy.

Umiejętności identyfikowania wyzwalaczy traumy i obserwowania reakcji dziecka na stres są podstawą w opiece nad dzieckiem po traumie do lat 6. Dzięki responsywnemu odczytywaniu sygnałów przez dorosłych dzieci uczą się, że mogą ufać relacjom. Jest to ważne, ponieważ relacje oparte na zaufaniu są podstawą zdrowia psychicznego i wspierają proces przywiązania, który mógł zostać zaburzony na skutek doświadczenia traumatycznego. Dla wielu dzieci, które doświadczyły przemocy i zaniedbania, interakcje z dorosłymi wydają się przerażające i groźne, a nie ochronne, ciepłe i responsywne.

Pomoc opiekuna

Po zidentyfikowaniu wyzwalaczy traumy u dziecka do lat 6 można:

- jeśli to możliwe początkowo **redukować wyzwalacze**, np. ściszyć muzykę, przewietrzyć pokój, wyjść z dzieckiem do innego pomieszczenia, a z upływem czasu warto pokazywać dzieciom, że mogą sobie same sobie radzić z wyzwalaczami;
- przekazywać dziecku **wspierające zapewnienia**: „jestem tu", „jesteś bezpieczny", „to nie twoja wina", „dasz radę", zadawać otwarte pytania, by poznać potrzeby i obawy dziecka: „pokaż, co byś chciał", „pokaż, powiedz, co ci teraz przeszkadza", przy czym nie zasypywać tymi pytaniami;
- przytulać, dawać delikatny **kojący dotyk**, który przywróci doświadczenie ciepła i troski (o ile to właśnie dotyk nie jest wyzwalaczem – wówczas wprowadzamy dotyk w małych dawkach, stopniowo, wyjaśniając, co robimy, i wspierając dziecko w otwieraniu się na bezpieczny dotyk);
- przypominać o nadchodzących przejściach, stosować tzw. **bezpieczne sekwencjonowanie** (Leifield, 2022): mówienie dzieciom, co się wydarzy przed, w trakcie i po rutynowych czynnościach, można to robić, używając zabawnych, kojących piosenek przejściowych, tworząc wizualne harmonogramy dla starszych maluchów – jest to szczególnie ważne dla dzieci, których codzienne doświadczenia mogły być nieprzewidywalne, chaotyczne lub przerażające;
- uczyć i rozwijać umiejętność samoregulacji u dziecka (Shanker i Barker, 2016);
- okazywać dziecku wsparcie współregulacyjne, czyli pomoc dorosłych w samodzielnym regulowaniu emocji przez dziecko (Nicholson i in., 2019, za: Leifield, 2022. Współregulacja jest procesem rozwojowym wspieranym przez responsywne interakcje i jest kluczową strategią wspierania niemowląt i kilkulatków narażonych na traumę poprzez komunikaty niewerbalne (Nicholson i in., 2019).

Costa odkrył pięć sposobów wspierania współregulacji z wykorzystaniem komunikatów niewerbalnych. Opisał je jako podejście **„AGILE”** (Costa, 2018, b.d.; Leifield, 2022). W praktykowaniu tego podejścia są pomocne pytania, które opiekun może sobie zadać, aby ocenić własny poziom wspierania współregulacji w interakcjach z dzieckiem:

- **a**fekt (*affect*) – ton i ekspresja wyrażające emocje: „Czy w chwilach stresu jest on wspierający i kojący?”, „Czy komunikuje bezpieczeństwo?”, „Czy odzwierciedla otuchę?”.
- **g**est (*gesture*) – wyraz twarzy, gesty rąk, mowa ciała, postawa i chodzenie, wszystko to odzwierciedla emocje i jest odczuwane przez dziecko podczas interakcji: „Czy mimika przekazuje ciepło i troskę?”, „Czy ruchy są płynne, a nie szybkie i gwałtowne?”, „Czy postawa ciała jest raczej zrelaksowana niż napięta?”, „Czy oczy opiekuna znajdują się na wysokości oczu dziecka?”.
- **i**ntonację (*intonation*) – modulowanie tonu głosu pomaga przekazać emocje i znaczenie społeczne/emocjonalne: „Czy wznoszenie się i opadanie głosu jest kojące i uspokajające?”.
- **u**miejętność czekania (*latency*) – konieczne jest danie dziecku czasu na zrozumienie gestów i intonacji dorosłego opiekuna: „Czy czekanie opiekuna zapewnia dziecku możliwość zarówno poczuć, jak i przyjąć interakcje?”, „Czy opiekun obserwuje reakcję dziecka i dostosowuje swoje interakcje?”.
- **u**miejętność odczytywania zaangażowania (*engagement*) u dziecka – upewnianie się, czy dziecko zaangażowało się w interakcję, o czym informuje jego spojrzenie, wyraz twarzy i mowa ciała: „Czy zachowania opiekuna wspierały spokojny stan dziecka, czy wspierały eksplorację lub zaangażowanie dziecka w interakcje?” (Costa, 2018, b.d.; Leifield, 2022).

Organizowanie środowiska i aktywności sprzyjających relacjom i łagodzących stres

W opiece nad dzieckiem po traumie do lat 6 ważne jest też projektowanie i organizowanie takiego środowiska – otoczenia, które będzie sprzyjać interakcjom z innymi dziećmi i z opiekunem, a także samodzielnej zabawie, eksploracji oraz samoregulacji i przetwarzaniu sensorycznemu. Piśmiennictwo na temat wspierania rozwoju każdego dziecka, nie tylko z doświadczeniem traumy, jest źródłem wielu pomysłów w tym zakresie. Warto wymienić tu kilka z nich szczególnie istotnych w kontekście opisywanych wyżej potrzeb dziecka po traumie.

Dobre środowisko i aktywności

Do elementów środowiska sprzyjającego relacjom i łagodzącego stres należą:

- organizowanie bezpiecznych, przytulnych przestrzeni do samodzielnego uspokojenia, czyli samoregulacji, tzw. kącików wyciszenia, których zadaniem jest ograniczenie bodźców docierających do układu nerwowego (stąd ich wyposażenie: ciężkie koce, kołdry, neutralne pokrycie ścian i podłóg, delikatne światło zapobiegające nadmiernej stymulacji, łagodna, kojąca muzyka);
- organizowanie aktywności wspierających integrację sensoryczną po konsultacji ze specjalistą – zestaw przykładowych działań do praktykowania z dzieckiem w domu podają m.in. Emily Eastman i Teresa May-Benson w publikacji *Przewodnik po integracji sensorycznej dla rodziców* (2012, s. 12), a także Richard Gaskill i Bruce Perry w rozdziale „Neurosekwencyjne podejście terapeutyczne do zabawy kierowanej, terapii zabawą i zajęć dla dzieci, które nie chcą mówić" (2017, s. 47–48);
- przyjmowanie perspektywy dziecka, co umacnia przywiązanie i relację: czas spędzany z dzieckiem na podłodze – metoda *floortime* stosowana w pracy z dziećmi w spektrum autyzmu (Greenspan i Wieder, 2014);
- organizowanie rytmicznych aktywności ruchowych, takich jak spacery, pomocnych w modulowaniu poziomu pobudzenia (Perry, 1994);
- organizowanie interakcji, zabaw wspierających rozwój umiejętności społecznych, które pomogą dziecku tworzyć pozytywne relacje z rówieśnikami i dorosłymi (Gaskill i Perry, 2017, s. 48–49; McLeod i in., 2017);
- wspieranie rozwoju językowego poprzez częste rozmowy z dzieckiem, interaktywne czytanie książek, proponowanie zabaw pomagających wzbogacać słownictwo oraz wzmacniać zdolność rozumienia i używania coraz bardziej złożonego języka (Dickinson i in., 2019) – ze względu na często opóźniony lub zahamowany rozwój mowy u dziecka po traumie do lat 6;
- osoba spokojnego opiekuna, który swoim spokojem będzie zarażać dzieci (Honig, 2010).

Organizując środowisko dla dziecka po traumie, warto stosować podejście oparte na mocnych stronach, określone też przez Galinsky jako „opieka oparta na wiedzy o wczesnym dzieciństwie". Oznacza ono m.in., że nie należy definiować dziecka poprzez jego traumę czy narażenie na nią i że przeciwności losu nie są przeznaczeniem (Galinsky, 2019, 2020). Opieka ma być świadoma traumy, ale także tego, że dziecko jest kimś więcej niż tylko zlepkiem trudnych doświadczeń: „Jeśli spojrzę na kogoś tylko pod kątem jego traumy i problemów, zachowam się wobec niego w inny sposób, niż zauważenie go w odniesieniu do jego atutów lub mocnych stron" (Galinsky, b.d.). W pracy z dzieckiem po traumie, łącząc oba podejścia – świadomość traumy i świadomość mocnych stron dziecka, znacznie łatwiej zachować równowagę w uważnej opiece zarówno rodzicielskiej, jak i terapeutycznej.

Samoregulacja i samoopieka opiekuna

Opiekun monitorujący własny stan emocjonalny i zachowanie jednocześnie wspiera dziecko doświadczające stresu. Jest to ważne szczególnie w odniesieniu do opieki nad dzieckiem po traumie, ponieważ jego rozregulowane zachowanie może być zaraźliwe i powodować, że opiekun zarażony dysregulacją dziecka po traumie może prezentować wobec dziecka gniewne, frustrujące lub odrzucające reakcje (Nicholson i in., 2019). To zaś blokuje skuteczną pomoc i w końcu prowadzi opiekuna do wypalenia zawodowego. Dlatego ważna jest jego świadoma samoregulacja, której służy praktykowanie podejścia refleksyjnego, nie reaktywnego.

Opiekunowi z jednej strony grozi zarażenie dysregulacją dziecka po traumie, a z drugiej – może doświadczyć wtórnej, tzw. zastępczej, traumy (Johnson, 2020) i tzw. zmęczenia współczuciem (Erdman i in., 2020; Kulig i Saj, 2019). Wtórna trauma i zmęczenie współczuciem powodują uczucie przytłoczenia lub wyczerpania, a to z kolei może obniżać zdolność opiekuna do konsekwentnego stosowania podejścia świadomego traumy. Stąd słowa kierowane do opiekunów dzieci po traumie: „Chroń siebie, abyś mógł pomagać innym", czy wyjaśnienia: „Kiedy dajemy z siebie zbyt wiele innym, możemy zacząć zaniedbywać własne samopoczucie, potrzeby, pragnienia i uczucia. Taka forma troski, bez względu na motywację, może być autodestrukcyjna, a nawet wzmacniać wzorce zaniedbywania siebie". Dbanie o siebie powinno więc stać się codziennym nawykiem opiekunów dzieci po traumie. Jest ono najsilniejszym antidotum na zarażenie dysregulacją dziecka, na doświadczenie traumy zastępczej czy na zmęczenie współczuciem (Johnson, 2020).

Pomocne strategie w samoregulacji i samoopiece

Podejście refleksyjne – można je trenować, stosując tzw. pytania do samego siebie, dzięki którym można zastanowić się nad sobą i nad tym, czego się doświadcza, zamiast bezrefleksyjnie reagować na trudne zachowania dziecka. Przykłady takich pytań:
- Jakie zachowanie dziecka wyzwala u mnie reakcję stresową?
- Jak się czuję po tym zachowaniu?
- Jak radzę sobie z własnymi trudnymi emocjami?
- Jak moje zachowanie wpływa na dziecko? (Nicholson i in. 2019)
- Co mogę zrobić następnym razem, żeby inaczej zareagować?

Samoopieka polega na włączeniu do codziennego życia działań mających na celu przywrócenie oraz poprawę dobrego samopoczucia fizycznego i emocjonalnego (Erdman i in., 2020). W planowaniu samoopieki warto dbać o zaspokajanie potrzeb:
- fizycznych – zdrowe odżywianie, nawodnienie, odpowiednia ilość snu, aktywność ruchowa, dbałość o zdrowie;
- społecznych – kontakty z przyjaciółmi, regularne spotkania i rozmowy ze wspierającymi współpracownikami;
- psychicznych – dbanie o umysł, np. przez rozwiązywanie krzyżówek, łamigłówek, czytanie książek, studiowanie interesującego tematu, dbanie o lepsze rozumienie siebie samego poprzez korzystanie ze wsparcia psychologa, a w razie potrzeby z psychoterapii;
- emocjonalnych – obserwowanie swoich emocji, rozmawianie o nich, pisanie dziennika, relaksujące aktywności, np. słuchanie muzyki, taniec, odprężające hobby;
- duchowych – znalezienie czasu na modlitwę, medytację (Erdman i in., 2020; Johnson, 2020).

Antidotum na zmęczenie współczuciem może być praktykowanie satysfakcji ze współczucia: czerpania przyjemności z pracy, szczególnie gdy jest się świadkiem pozytywnego wzrostu i zmian u osób po traumie (Johnson, 2020).

Należy zdecydowanie podkreślić, że samoregulacja i samoopieka opiekuna, który mieszka sam z dzieckiem lub kilkorgiem dzieci po traumie 24 godz./dobę 7 dni w tygodniu (np. sprawując pieczę zastępczą lub będąc samotnym rodzicem), ma szansę zaistnieć tylko przy regularnym wsparciu innych osób, które zapewnią mu wytchnienie – czas na odpoczynek i zajęcie się swoimi potrzebami.

Wsparcie wytchnieniowe dla opiekunów dzieci po traumie mogą świadczyć wolontariusze (przeszkoleni w zakresie opieki nad dziećmi lub pomocy w zakupach, sprzątaniu). Warto też zapewnić opiekunom możliwość korzystania z grup wsparcia, na których mogliby dzielić się własnymi doświadczeniami, obawami i sukcesami. Niemniej ważne byłoby zapewnienie im także możliwości korzystania z indywidualnego wsparcia psychologa lub z psychoterapii. Osoby te często same zmagają się z własnymi traumami z dzieciństwa, z traumami interpersonalnymi (Koomar 2009) lub ze wspomnianą wtórną traumą. Zorganizowaniem tego typu wsparcia dla opiekunów dzieci po traumie w Polsce mogą zająć się jednostki pomocy społecznej (Centrum Usług Społecznych, Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie) i organizacje pozarządowe.

Budowanie sojuszu między opiekunami a rodzicami / członkami rodziny

Budowanie sojuszu między opiekunami a rodzicami / członkami rodziny jest skuteczne, gdy rodzice są autentycznie zainteresowani dobrem dziecka i nie stanowią dla niego zagrożenia. Podobnie istotne są postawy opiekunów wobec dziecka, jeśli to świadomy traumy rodzic dąży do nawiązania współpracy z opiekunami.

W opiece nad dzieckiem po traumie umieszczonym w pieczy zastępczej współpraca z rodzicami biologicznymi, budowanie z nimi sojuszu bywa znacznie utrudnione, jeśli wciąż stanowią oni zagrożenie dla zdrowia i życia dziecka (trwają w czynnym uzależnieniu, nie kontynuują leczenia chorób psychicznych itp., a wobec dziecka przejawiają zachowania demoralizujące bądź bezpośrednio krzywdzące). Nie dość, że niemożliwe jest wówczas budowanie z nimi sojuszu, to i sama pomoc dziecku po traumie staje się trudniejsza. Jak pisze Skalec-Ruczyńska „trudniejsza staje się także efektywna praca z dziećmi w pieczy zastępczej nad niwelowaniem ich deficytów wynikających z doświadczonej przemocy i zaniedbań w sytuacji, gdy nadal mają one kontakt z «krzywdzącymi» rodzicami biologicznymi" (2023, s. 93).

W pozostałych przypadkach budowanie pozytywnego sojuszu między opiekunami a rodzicami jest dostępnym i ważnym elementem opieki nad dzieckiem po traumie do lat 6. Jedni z drugimi mogą wymieniać się informacjami na temat dziecka w klimacie szacunku, troski, wsparcia i empatii, dzięki czemu powstanie relacja zaufania jednych do drugich (Mortensen i Barnett, 2016). Jedni i drudzy wnoszą własne perspektywy na temat reakcji dziecka na traumę czy na temat celów pracy z dzieckiem, mogą wymieniać się wiedzą na temat wspierających działań, których używają w kontakcie z dzieckiem, i ustalać wspólny front w podejściu do dziecka (Sciaffara i in., 2017). W ten sposób dzięki współpracy opiekunów z rodziną i rodziny z opiekunami może rozwijać się tzw. sieć terapeutyczna wspierająca pozytywne zmiany (Gaskill i Perry, 2017).

Zakończenie

Tytuł tego artykułu sugeruje, że interesujące nas wytyczne opieki dotyczą dzieci do lat 6 *po* traumie. Taki stan rzeczy znacznie podnosi efektywność proponowanych działań. Zapewnienie dziecku bezpieczeństwa i stabilnej sytuacji życiowej specjaliści uznają za podstawowy warunek powrotu do równowagi psychicznej i uporania się ze skutkami traumy. Trzeba jednak mieć świadomość, że wiele dzieci jest wystawionych na traumatyczne doświadczenia cały czas, żyjąc w rodzinach z problemami uzależnień czy przemocy domowej. W podobnej sytuacji znajdują się dzieci objęte

pieczą zastępczą, które ze względu na postanowienie sądu są przekazywane rodzicom biologicznym na weekendy, święta, ferie itp., mimo że zachowanie rodziców nadal zagraża ich zdrowiu i życiu. Po powrocie z domu rodzinnego do pieczy zastępczej dzieci te prezentują objawy zaniedbania lub nadużyć. W takich przypadkach opisywana w tym artykule opieka świadoma traumy ma swoje ograniczenia – staje się „plasterkiem na wciąż jątrzącą się ranę". Mimo to warto postępować zgodnie z proponowanymi w artykule wytycznymi, aby buforować dalszą wiktymizację dziecka, stabilizować jego stan emocjonalny choćby w ograniczonym zakresie.

Przedstawione w tym artykule wytyczne do opieki nad dziećmi po traumie w wieku 0–6 lat rozłożono na cztery obszary:

- obszar identyfikowania tzw. wyzwalaczy traumy i obserwacji reakcji dziecka na stres potraumatyczny;
- obszar organizowania środowiska i aktywności sprzyjających relacjom i łagodzących stres;
- obszar samoregulacji i samoopieki opiekuna;
- obszar budowania sojuszu między opiekunami a rodzicami / członkami rodziny.

Dwa pierwsze obszary dotyczą działań bezpośrednio ukierunkowanych na dziecko, dwa kolejne, równie ważne, dotyczą działań opiekunów wobec siebie nawzajem. Figura opiekuna (zwykle matki, ale może być to też inna osoba znacząca, zajmująca się dzieckiem na co dzień) we wczesnym okresie życia dziecka ma podstawowe znaczenie dla jego rozwoju. Nie sposób pomóc dziecku, nie pomagając jego opiekunowi. W polskiej rzeczywistości pomocowej założenie to jest zbyt często niedoceniane – zbyt mało mówi się o potrzebie wspierania opiekunów dzieci po traumie, szczególnie opiekunów zastępczych, a jeszcze mniej podejmuje się w tym kierunku realnych działań.

Opiekunowie dzieci po traumie nie muszą mieć specjalnych kwalifikacji zawodowych. Ważne, aby znali proste zasady oraz kierunki postępowania wobec dziecka i siebie samych. Dlatego wspólną cechą przedstawionych w tym artykule wytycznych jest możliwość ich zastosowania poza pracą stricte terapeutyczną, na co dzień w domu czy placówce opiekuńczo-wychowawczej: przez rodzica/opiekuna, który nie jest terapeutą. Można je więc upowszechniać w ramach strategii dla osób świadomych traumy, skierowanych na wspieranie i edukację rodziców, a także opiekunów w instytucjach (żłobki, przedszkola, piecza zastępcza).

E-maile autorek: **malgorzata.slowik@upsl.edu.pl**, **ewa-romanik@wp.pl**.

Bibliografia

APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5 wyd.) American Psychiatric Publishing.

Bartlett, J. D., Smith, S. (2019). The role of early care and education in addressing early childhood trauma. *American Journal of Community Psychology*, *64*(3–4), 359–372. https://doi.org/10.1002/ajcp.12380

Bartlett, J. D., Smith, S., Bringewatt, E. (2017). *Helping Young Children Who Have Experienced Trauma: Policies and Strategies for Early Care and Education*. Child Trends. http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.20745.24165

Carrion, V. G., Wong, S. S. (2012). Can traumatic stress alter the brain? Understanding the implications of early trauma on brain development and learning. *Journal of Adolescent Health*, *51*(2), S23–S28. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.04.010

Charbonneau, M., Crooker, R., Slider, P. (b.d.). *1–2-3 Care: A Trauma in Formed Tool Kit for Caregivers of Young Children*. https://84c074792d.nxcli.net/wp-content/uploads/2020/09/1-2-3-Care-Toolkit_LowResolution.pdf

Cisler, J. M. (2017). Childhood trauma and functional connectivity between amygdala and medial prefrontal cortex: A dynamic functional connectivity and large-scale network perspective. *Frontiers in Systems Neuroscience*, *11*, 29. https://doi.org/10.3389/fnsys.2017.00029

Costa, G. (2018). *A.G.I.L.E*. https://ttacny.org/files/trainings/106/costa-agile-handout-2018.pdf

Costa, G. (b.d.). *Children's social emotional development starts with co-regulation*. https://nichq.org/insight/childrens-social-and-emotional-development-starts-co-regulation

Cummings, K. P., Addante, S., Swindell, J., Meadan, H. (2017). Creating supportive environments for children who have had exposure to traumatic events. *Journal of Child and Family Studies*, *26*, 2728–2741. https://doi.org/10.1007/s10826-017-0774-9

Czub, M. (2019). Ukryta trauma – zaniedbywanie i emocjonalne krzywdzenie dzieci. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, *18*(2), 38–58.

De Young, A. C., Landolt, M. A. (2018). PTSD in children below the age of 6 years. *Current Psychiatry Reports*, *20*(11), 97–108. https://doi.org/10.1007/s11920-018-0966-z

Dickinson, D. K., Collins, M. F., Nesbitt, K., Toub, T. S., Hassinger-Das, B., Hadley, E. B., […] Golinkoff, R. M. (2019). Effects of teacher-delivered book reading and play on vocabulary learning and self-regulation among low-income preschool

children. *Journal of Cognition and Development*, *20*(2), 136–164. https://doi.org/10.1080/15248372.2018.1483373

Dierickx, S., Bisagno, E., Varga-Sabján, D., Morva, D., Linde-Ozola, Z., László, N., […] Wuyts, D. (2023). Trauma-informed care in childcare organisations to support children exposed to child maltreatment: Joint conclusions of four European countries. *Child Abuse Review*, e2821. http://dx.doi.org/10.1002/car.2821

Eastman, E., May-Benson, T. A. (2012). *A Guide to Sensory Integration for Parents*. https://specialkids.co.za/home/images/pdf/27si.pdf

Erdman, S., Colker, L. J., Winter, E. C. (2020). Preventing Compassion Fatigue. *YC Young Children*, *75*(3), 28–35. https://www.naeyc.org/resources/pubs/yc/jul2020/preventing-compassion-fatigue

Fenik, K., Kałucka, R., Marszał-Kotas, J., Sajkowska, M. (b.d.). *Skuteczność pracy terapeutycznej z dziećmi z doświadczeniem traumy*.

Galinsky, E. (2019). *Commentary: From trauma-informed to asset-informed care in early childhood*. October 23 https://www.brookings.edu/articles/from-trauma-informed-to-asset-informed-care-in-early-childhood/

Galinsky, E. (2020). Words Matter. *YC Young Children*, *75*(3), 46–55.

Galinsky, E. (b.d.). *„Adversity is not Destiny"*. https://www.mindinthemaking.org/stories/ellen-galinsky-adversity-is-not-destiny

Gaskill, R. L., Perry, B. D. (2017). A neurosequential therapeutics approach to guided play, play therapy, and activities for children who won't talk. W: C. A. Malchiodi, D. A. Crenshaw (red.), *What to Do When Children Clam Up in Psychotherapy: Interventions to Facilitate Communication* (s. 38–66). The Guilford Press.

Górecki, M. (2007). Trajektoria. W: T. Pilch (red.), *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku. t. VI* (s. 778). Wydawnictwo Akademickie Żak.

Greenspan, S., Wieder, S. (2014). *Dotrzeć do dziecka z autyzmem. Jak pomóc dzieciom nawiązywać relacje, komunikować się i myśleć. Metoda Floortime*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

GUS. (2023). *Rocznik Demograficzny*. Główny Urząd Statystyczny

Hamblen, J., Barnett, E. (2016). *PTSD in Children and Adolescents*. National Center for PTSD.

Hamblen, J., Barnett, E. (2018). PTSD: National center for PTSD. *Behavioral Medicine*, 366–367.

Honig, A. S. (2010). *Little Kids, Big Worries: Stress-busting Tips for Early Childhood Classrooms*. Paul H. Brookes Publishing.

Kirouac, S., McBride, D. L. (2009). *The Impact of Childhood Trauma on Brain Development: A Literature Review and Supporting Handouts*. Online Submission.

Koalicja na Rzecz Rodzinnej Opieki Zastępczej. (2018). *Budowanie kompetencji uzdrawiających opiekunów dzieci dotkniętych traumą. Materiały szkoleniowe 2018*. Koalicja na Rzecz Rodzinnej Opieki Zastępczej.

Koomar, J. A. (2009). Trauma-and attachment-informed sensory integration assessment and intervention. *Sensory Integration Special Interest Section Quartely*, *32*(4), 1–4.

Krawętkowski, Ł. (2021). *Wsparcie dziecka, które doświadczyło traumy*. Ośrodek Rozwoju Edukacji.

Kulig, B., Saj, T. (2019). *Opieka zastępcza uwzględniająca wiedzę o traumie. Jak opiekować się dzieckiem z doświadczeniem traumy*. https://wioskisos.org/wp-content/uploads/2021/12/opieka-zastepcza-uwzgledniajaca-wiedze-o-traumie-final-pl.pdf

Leifield, L. (2022). Relationship anchors to support young children's resilience. *Dimensions of Early Childhood*, *50*(3), 6–12.

Lieberman, A. F., Chu, A., Van Horn, P., Harris, W. W. (2011). Trauma in early childhood: Empirical evidence and clinical implications. *Development and Psychopathology*, *23*, 397–410.

Luo, L., Yang, T., Zheng, X., Lin, Q., Li, Y., Becker, B., Kendrick, K. (2021). The relationship between amygdala-insula functional connectivity and childhood trauma and depression. *International Journal of Psychophysiology*, *168*, S232–S233. https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2021.07.623

May-Benson, T. A., Teasdale, A. (2020). Safe place: Clinical utility and feasibility of a multi-disciplinary intervention for children with sensory processing disorder and complex trauma–a feasibility study. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, *13*(2), 207–216. https://doi.org/10.1007/s40653-019-00281-1

Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej. (2022). *TBRI – Trust-Based Relation Intervention – Interwencja Relacyjna Oparta na Zaufaniu*. https://mcps.com.pl/wp-content/uploads/2022/12/prezentacja-23-24.11-TBRI.pdf

McLeod, B. D., Sutherland, K., Martinez, R., Conroy, M. A., Snyder, P. A., Southam-Gerow, M. A. (2017). Identifying common practice elements to improve social, emotional, and behavioral outcomes of young children in early childhood classrooms. *Prevention Science*, *18*(2), 204–213. https://doi.org/10.1007/s11121-016-0703-y

Nicholson, J., Perez, L., Kurtz, J. (2019). *Trauma informed practices for early childhood educators. Relationship based approaches that support healing and build resilience in young children*. Routledge.

O'Malley, K. A., Sullivan, J. L., Mills, W., Driver, J., Moye, J. (2023). Trauma-informed care in long-term care settings. From policy to practice. *The Gerontologist*, *63*(5), 803–811. https://doi.org/10.1093/geront/gnac072

Ogden, P., Minton, K., Pain, C. (2006). *Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*. W. W. Norton & Company.

Perry, B. D. (2006). Applying principles of neurodevelopment to clinical work with maltreated and traumatized children: The neurosequential model of therapeutics. W: N. B. Webb (red.), *Working with Traumatized Youth in Child Welfare* (s. 27–52). The Guilford Press.

Policja. (2023). *Statystyki Policji. Przemoc w rodzinie, dane od 2012 roku*. https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/przemoc-w-rodzinie/201373,Przemoc-w-rodzinie-dane-od-2012-roku.html

Przetacznik-Gierowska, M., Tyszkowa, M. (2009). *Psychologia rozwoju człowieka. Tom 1. Zagadnienia ogólne*. Wydawnictwo Naukowe PWN.

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie. (2015). *Praca z dzieckiem po traumie, przebywającym w pieczy zastępczej*. https://rops.krakow.pl/pliki/Polityka_spoleczna/materia__y_dla_uczestnik__w_III.pdf

Schore, A. N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, *22*(1–2), 201–269. http://dx.doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1

Sciaffara, M. A., Zeanah, P., Zeanah, C. H. (2018). Understanding and pro moting resilience in the context of adverse child experiences. *Early Child hood Education Journal*, *45*, 343–353. https://doi.org/10.1007/s10643-017-0869-3

Sejm RP. (2023). *Informacja Rady Ministrów o realizacji w roku 2022 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej*. https://orka.sejm.gov.pl/Druki9ka.nsf/0/5636AD252D23358AC1258A53002BFC44/%24File/3642.pdf.

Shanker, S., Barker, T. (2016). *Self-reg. Jak pomóc dziecku (i sobie) nie dać się stresowi i żyć pełnią możliwości*. Mamania.

Shonkoff, J. P., Phillips, D. A., National Research Council. (2000). *The developing brain. In From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*. National Academies Press (US).

Skalec-Ruczyńska, A. (2023). Skala zjawiska przemocy jako przyczyny umieszczania dzieci w systemie pieczy zastępczej i rola opiekunów zastępczych w przezwyciężaniu jej konsekwencji. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, *22*(1), 75–100.

Sun, Y., Blewitt, C., Minson, V., Bajayo, R., Cameron, L., Skouteris, H. (2024). Trauma-informed Interventions in Early Childhood Education and Care Settings: *A Scoping Review. Trauma, Violence, & Abuse*, *25*(1), 648–662. https://doi.org/10.1177/15248380231162967

Tymofiyeva, O., Huang, C. Y., Bhandari, S., Lopez, E., Parks, K., Jariwala, N., […] Yang, T. T. (2020, październik). Childhood Trauma and Amygdala-Orbitofrontal Anatomical Connectivity in Adolescents. W: *2020 Virtual Meeting*. AACAP. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.08.030

Underwood, E. (2020). Screen for childhood trauma triggers debate. *Science*, *367*, 498–498. https://doi.org/10.1126/science.367.6477.498

van der Kolk, B. A. (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry*, *1*(5), 253–265. https://doi.org/10.3109/10673229409017088

Vasileva, M., Haag, A. C., Landolt, M. A., Petermann, F. (2018). Posttraumatic stress disorder in very young children: Diagnostic agreement between ICD-11 and DSM-5. *Journal of Traumatic Stress*, *31*(4), 529–539. https://doi.org/10.1002/jts.22314

Warner, E., Cook, A., Westcott, A., Koomar, J. (2012). *SMART: Sensory Motor Arousal Regulation Treatment Manual*. Brookline.

Weissman, D. G., Lambert, H. K., Rodman, A. M., Peverill, M., Sheridan, M. A., McLaughlin, K. A. (2020). Reduced hippocampal and amygdala volume as a mechanism underlying stress sensitization to depression following childhood trauma. *Depression and Anxiety*, *37*(9), 916–925. https://doi.org/10.3410/f.738202304.793579786

WHO. (2018). *ICD-11: International Classification for Mortality and Morbidity Statistics. Eleventh Revision*. https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en

Zero To Three. (2016). *DC: 0–5TM. Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood*. Zero To Three.

When words are not enough… – guidelines for trauma care for children ages 0–6

Children under the age of 6 are particularly vulnerable to trauma compared to older children. They are also more susceptible to its effects. However, there are relatively few publications on the care they need. The purpose of this article is to find and organize guidelines for trauma care for children aged 0–6, based on an analysis of the available literature on the subject. The main problem of the search can be expressed in the question: How should a traumatized child be cared for up to the age of 6? Specific problems: How to know that a child has experienced trauma – what symptoms does it present? What does a child need after trauma? In what areas and how can you provide trauma-specific care for a child after trauma? Search results: Caring for a traumatized child up to the age of 6 requires, on the one hand, a universal approach, i.e., based on caring for the child's safety and health, on building a good relationship with the child, and on supporting the child's development; on the other hand, it poses specific challenges for the caregiver, which stem from an approach referred to as "trauma-informed care". The guidelines presented in this article are related to four areas: the area of identifying so-called "trauma triggers" and observing the child's response to post-traumatic stress; the area of organizing a relationship-enhancing and stress-relieving environment and activities; the area of caregiver self-regulation and self-care; and the area of building an alliance between caregivers and parents/family members. The guidelines presented can be implemented by the parent/guardian of the child, who is not a therapist, i.e. they do not apply to strictly therapeutic work – they can be disseminated as part of "trauma informed care" strategies aimed at supporting and educating parents, as well as caregivers in institutions (nurseries, kindergartens, foster care).

KEYWORDS

TRAUMA-INFORMED CARE, TRAUMA-INFORMED CARE UP TO AGE 6, TRAUMATIZED CHILD UP TO AGE 6, FOSTER CARE

Cytowanie:

Słowik, M., Romanik, E. (2024). Gdy słowa nie wystarczą… – wytyczne do opieki nad dziećmi w wieku 0–6 lat po traumie. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, *23*(1), 52–74.

Artykuł jest dostępny na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa–Użycie niekomercyjne–Bez utworów zależnych 3.0 Polska.

Fundusz Sprawiedliwości

Ministerstwo Sprawiedliwości

Sfinansowano ze środków Funduszu Sprawiedliwości, którego dysponentem jest Minister Sprawiedliwości

PLAN INTERNATIONAL

Sfinansowana ze środków organizacji Plan International przekazanych przez Disasters Emergency Committee